

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 30.08.2023 13:27:21
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160034c218672d175f

Приложение к РПД

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

Кафедра госпитальной педиатрии



УТВЕРЖДАЮ

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

«26» мая 2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Б1.О.01 НЕОНАТОЛОГИЯ

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

Специальность: **31.08.18 Неонатология**

Квалификация: **Врач-неонатолог**

г. Екатеринбург,
2023 год

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

Информация о разработчиках РПД:

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1	Вахлова И.В.	Зав. кафедрой госпитальной педиатрии	профессор	д.м.н.
2	Кузнецов Н.Н.	Доцент кафедры госпитальной педиатрии	доцент	к.м. н.
3	Мухаметшин Р.Ф.	Доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии; Заведующий отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей №2 ГАУЗ СО ОДКБ	-	к.м.н.

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества.

- зав. кафедрой детских болезней лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России Зеленцова В.Л., д.м.н. профессор
- главный врач Екатеринбургского клинического перинатального центра, кандидат медицинских наук Ксенофонтова Ольга Леонидовна

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена

- на заседании кафедры госпитальной педиатрии (протокол № 22 от 20.04.2023г.);
- на заседании методической комиссии специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. Кодификатор

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

Дидактическая единица (ДЕ)		Контролируемые ЗУН, направленные на формирование УК и ПК			Компетенции ФГОС ВО	ТФ ПС
		Знать (формулировка знания и указание УК и ПК)	Уметь (формулировка умения и указание УК и ПК)	Владеть (формулировка навыка и указание УК и ПК)		
ДЕ 1	Физиология и патология плода в пренатальном периоде	Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода Иммунологические взаимоотношения матери и плода. Развитие бронхолегочной, сердечно-сосудистой системы, нервной, иммунной, эндокринной, пищеварительной, мочевыделительной системы. Особенности кроветворения и системы гемостаза у плода. Влияние различных факторов вредности (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода. методы оценки состояния плода в антенатальном периоде; Методы профилактики врожденной и наследственной патологии у новорожденного Особенности функционирования медико-генетического центра (Центра планирования семьи) правовые вопросы деятельности врачей акушеров - гинекологов и неонатологов, среднего и младшего медицинского персонала в	Организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических и лечебных мероприятий в отделениях новорожденных акушерских наблюдательных отделений (ОНАО), реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике. Формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленные на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучать родителей основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению	-Методами профилактики заболеваний плода; - Умением применять социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о заболеваемости беременной и плода, новорожденного ребенка.	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	A/02.8 A/04.8 A/05.8

		отделениях новорожденных акушерских наблюдений (ОНАОО), реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике	здоровья, профилактике заболеваний у детей. Соблюдать правила врачебной этики и медицинской деонтологии.			
ДЕ 2	Физиология и патология плода в интранатальном периоде. Основы акушерства и гинекологии	-сущность методик исследования различных функций новорожденного для оценки состояния его здоровья; -основные закономерности, роль причин, условий и особенности реактивности организма роженицы в возникновении патологии плода и новорожденного в интранатальном периоде; -общие закономерности течения физиологического и патологического родового акта; -причины, механизмы развития, проявления патологических процессов в интранатальном периоде, лежащих в основе гипоксии плода, травмы; -этиологию, патогенез и патоморфологию, клинику и исходы асфиксии новорожденного; - особенности физиологически протекающей беременности и с отклонениями; -- знать методы оценки состояния новорожденного в интранатальном периоде.	- оценить состояние новорожденного в родзале и проводить диагностику неотложных состояний; - оказать неотложную и реанимационную помощь; - проводить респираторную терапию (СРАР, ИВЛ, профилактическое введение сурфактанта), оксигенотерапию; -составить и обосновать план лечения и выбрать наиболее целесообразную тактику респираторной, медикаментозной, (антибактериальной) терапии;	-методами диагностики неотложных состояний у новорожденных; - методикой клинического осмотра новорожденного и навыками оценки состояния здоровья, физического и нервно-психического статуса; - приемами оказания неотложной, реанимационной помощи при патологических состояниях у новорожденных; -методикой проведения респираторной терапии (СРАР, ИВЛ, профилактическое введение сурфактанта), оксигенотерапии; -умением определять объём и последовательность специальных	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 A/06.8

				диагностических мероприятий, оценивать их результаты и назначать терапию; - психологическими и педагогическими приемами в работе с родственниками ребенка и медицинским персоналом.		
ДЕ 3	Физиология и патология доношенного ребенка	-Анатомо-физиологические характеристики новорожденного ребенка, фазы адаптации; -морфологические и функциональные особенности развития органов и систем; -парафизиологические (пограничные с нормой) состояния; -особенности этиопатогенеза, клинических форм, диагностики и лечения заболеваний новорожденных; -методы выявления врождённых и перинатальных нарушений слуха и зрения у новорождённых; -методы ухода за здоровым новорожденным; -методы и способы вскармливания; современные принципы лечения заболеваний; -основы фармакодинамики лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях у	-провести клинический осмотр новорожденного и дать оценку состояния здоровья, физического и нервно-психического статуса; -проводить расчет энтерального и парентерального питания; -осуществлять раннюю диагностику неотложных состояний у новорожденных и оказывать неотложную и реанимационную помощь новорожденным в родзале в отделениях новорожденных акушерских наблюдательных отделений (ОНАОО), реанимации и интенсивной терапии	-методами диагностики неотложных состояний у новорожденных; - методикой клинического осмотра новорожденного и навыками оценки состояния здоровья, физического и нервно-психического статуса; - приемами оказания неотложной, реанимационной помощи при патологических состояниях у новорожденных; -методикой проведения респираторной терапии (СРАР, ИВЛ, профилактическое введение сурфактанта),	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8

		новорожденных; -показания к переводу новорожденных из родильного дома в отделение (центр) реанимации и интенсивной терапии; -методы профилактики заболеваний новорожденных; - методы неонатального скрининга.	новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике; -оказывать неотложную помощь при патологических состояниях у новорожденных и проводить мониторинг; -проводить диагностику неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства; -определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты; -составлять и обосновывать план лечения и выбрать наиболее целесообразную тактику терапии; -определить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении и обследовании новорожденного; -соблюдать этические принципы работы неонатолога -организовать адекватное	оксигенотерапии; -умением определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты и назначать терапию; Методиками и способами вскармливания здорового и больного новорожденного; -психологическими, педагогическими и организаторскими приемами в работе с родственниками ребенка и медицинским персоналом.		
--	--	--	--	--	--	--

			управление процессом транспортировки новорожденного; проводить и участвовать в научно-практических и патологоанатомических конференциях; -организовать противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях и структурных подразделениях: отделениях новорожденных акушерских обсервационных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделениях патологии новорожденных, поликлинике; оформлять документы в медицинских организациях и структурных подразделениях; -проводить санитарно-просветительную работу с родственниками пациента и медперсоналом.			
--	--	--	--	--	--	--

ДЕ 4	Особенности физиологии и патологии недоношенного ребенка	-анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Определение недоношенности. Причины; понятия « постконцептуальный, скорректированный, фактический возраст»; - особенности морфологического и функционального развития органов и систем; -методику неврологического и соматического исследования недоношенного ребенка; -особенности выхаживания детей с экстремально низкой массой тела и развивающего ухода; -особенности нутритивного статуса и парентерального питания детей с экстремально низкой массой тела; -методы и способы вскармливания. -особенности вскармливания при различных патологических состояниях; -особенности течения заболеваний и принципы лечения у недоношенных детей; -результаты выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела. -основные причины и показатели смертности глубоко недоношенных детей на первом году жизни; -факторы, способствующие	-провести клинический осмотр недоношенного новорожденного и дать оценку состояния здоровья, физического и нервно-психического статуса; -проводить расчет энтерального и парентерального питания; -осуществлять раннюю диагностику неотложных состояний и оказывать неотложную и реанимационную помощь новорожденным в родзале в отделениях новорожденных акушерских наблюдательных отделений (ОНАОО), реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике; -оказывать неотложную помощь при патологических состояниях и заболеваниях у недоношенных и проводить мониторинг; -проводить диагностику	-методами диагностики неотложных состояний у недоношенных новорожденных; - методикой клинического осмотра недоношенного новорожденного и навыками оценки состояния здоровья, физического и нервно-психического статуса; - приемами оказания неотложной, реанимационной помощи при патологических состояниях у недоношенных детей; -методикой проведения респираторной терапии (СРАР, ИВЛ, профилактическое введение сурфактанта), оксигенотерапии; -умением определять объем и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты и назначать	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК- 1, 2, 3, 4	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8
---------	--	---	--	---	--	---

		выживаемости новорожденных с экстремально низкой массой тела; - состояние здоровья и заболеваемость глубоко недоношенных детей на первом году жизни; - диспансеризация и реабилитация глубоко недоношенных детей на первом году жизни.	неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства; -определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты; -составлять и обосновывать план лечения и выбрать наиболее целесообразную тактику терапии; -определить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении и обследовании новорожденного; -соблюдать основные этические принципы работы неонатолога -организовать адекватное управление процессом транспортировки недоношенного новорожденного; - проводить и участвовать в научно-практических и патолого-анатомических конференциях по разбору смертности; -организовать	терапию; Методиками и способами вскармливания недоношенных детей в зависимости от тяжести состояния и гестационного возраста (особенности детей с ЭНМТ и ОНМТ); -психологическими, педагогическими и организаторскими приемами в работе с родственниками ребенка и медицинским персоналом;		
--	--	--	--	--	--	--

			противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях и структурных подразделениях: отделениях новорожденных акушерских обсервационных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных , отделениях патологии новорожденных, ПЦ, поликлинике; оформлять документы в медицинских организациях и структурных подразделениях; -проводить санитарно-просветительную работу с родственниками пациента и медперсоналом.			
ДЕ 5	Интенсивная терапия в неонатологии	-принципы организации службы реанимации и интенсивной терапии на этапах лечения и выхаживания новорожденных детей; --принципы организации реанимационной помощи новорожденным детям в родовспомогательных учреждениях; --принципы организации реанимации новорожденных в родильном зале и необходимое для этого оборудование; --принципы организации палаты	-осуществлять раннюю диагностику неотложных состояний у новорожденных и оказывать неотложную и реанимационную помощь новорожденным, в том числе, недоношенным детям в родзале в отделениях новорожденных акушерских обсервационных отделений	методами проведения ранней диагностики неотложных состояний у новорожденных и оказания неотложной и реанимационной помощи новорожденным, в том числе, недоношенным детям в родзале в отделениях новорожденных	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 A/06.8

		интенсивной терапии новорожденных в родильном доме; -показания к переводу новорожденных из родильного дома в отделение (центр) реанимации и интенсивной терапии; -принципы организации ухода и вскармливания новорожденных, находящихся в критическом состоянии; -клинику, дифференциальную диагностику неотложных состояний у новорожденных, методы реанимации и интенсивной терапии, показания к проведению ИВЛ, осложнения ИВЛ; -методику проведения оксигенотерапии (СДППД, кислородная маска, носовой катетер, кислородная палатка); -методику и технику проведения инфузионной терапии и парентерального питания; -показания и методику проведения гемотрасфузии, ОЗПК, фототерапии; -осложнения катетеризации центральных вен; -фармакодинамику лекарственных средств, применяемых при неотложных состояниях у -показания к переводу новорожденных из родильного дома в отделение (центр) реанимации и интенсивной терапии.	(ОНАОО), реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике; -оказывать неотложную помощь при следующих патологических состояниях: СДР, отек легких, гиповолемический, инфекционно-токсический, кардиогенный, анафилактический, травматический шок, артериальная гипертензия, отек мозга, судорожный синдром, кома, геморрагический синдром, ДВС-синдром, гипертермический синдром, острая надпочечниковая и почечная недостаточность, синдром острой кровопотери, охлаждения, обезвоживания, полицитемии, острого нарушения электролитного обмена, кислотно-основного состояния аспирации мекония; -проводить респираторную терапию (СРАР, ИВЛ,	акушерских наблюдационных отделений (ОНАОО), реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделении патологии новорожденных (ОПН), поликлинике; -приемами оказания неотложной помощи при: СДР, отеке легких, шоке гиповолемическом, инфекционно-токсическом, кардиогенном, анафилактическом, травматическом, артериальной гипертензии, отеке мозга, коме, синдромах – ДВС, судорожном, геморрагическом гипертермическом, острой надпочечниковой и почечной недостаточности, синдроме острой кровопотери, охлаждения,		
--	--	--	---	---	--	--

			профилактическое введение сурфактанта), оксигенотерапию; - осуществлять сосудистый доступ, люмбальную пункцию; -проводить мониторинг при неотложных состояниях у новорожденных; -определять группу крови и резус-принадлежность; -проводить гемотрасфузии, ОЗПК, фототерапию, -осуществлять промывание желудка, зондовое питание, смену желудочного зонда, кормление с помощью шприца, кормление через дозатор, -проводить обработку слизистой ротовой полости, санацию носоглотки у новорожденного;	обезвоживания, полицитемии, острого нарушения электролитного обмена, КОС, аспирации мекония; -методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных, - методикой проведения респираторной терапии (СРАР, ИВЛ, профилактического введения сурфактанта), оксигенотерапии; -методами проведения диагностики неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства: непроходимость ЖКТ, диафрагмальная грыжа, атрезия хоан, пороки, развития легких, почек, печени и желчевыводящих путей, острые хирургические гнойно-воспалительные заболевания, кефалогематома, субдуральная гематома,		
--	--	--	--	---	--	--

				травматические переломы костей, ущемление пахово-мошоночной грыжи, острая водянка яичек, родовая травма мошонки, родовая травма внутренних органов; -навыками выполнения сосудистого доступа, люмбальной пункции; -методикой проведения ОЗПК, гемотрансфузии, расчета инфузионной терапии. (УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12).		
ДЕ 6	Инфекционные заболевания у новорожденных. Перинатальные инфекции.	-Этиологию, группы риска, патогенез, клинику, диагностику ВИЧ/СПИД у детей. Прогноз. Лечение. Профилактику. - СПИД-векторные инфекции: Токсоплазмоз. Цитомегалия. Герпетическая инфекция. Атипичный микобактериоз. Кандидоз. Криптококкоз. Аспергиллез. Криптоспоридиоз. Сальмонеллез - клинические проявления сифилиса, методы диагностики, лечения, профилактики.	-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты при инфекционной патологии у новорожденных; -осуществлять раннюю диагностику и оказывать неотложную помощь при инфекционных заболеваниях;	-методами диагностики инфекционных заболеваний у новорожденных - приемами оказания неотложной помощи; -методами расчета энтерального и парентерального питания, инфузионной терапии; --навыками выполнения	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/06.8

		- особенности течения острых респираторных вирусных и других заболеваний ВДП; -особенности течения острых кишечных инфекций; -вопросы госпитализации, показания к переводу в отделение реанимации; - понятие перинатальные инфекции; -особенности течения герпетических инфекций, у новорожденных и детей первых месяцев жизни. – методы диагностики, лечения, профилактики этих заболеваний; -дифференциальную диагностику, методы лечения неонатальных гепатитов; - вопросы иммунопрофилактики новорожденных. Календарь прививок. Показания и противопоказания; - особенности иммунизации детей из групп риска.	- обосновывать план лечения и выбрать наиболее целесообразную тактику терапии, в том числе антибактериальную; -организовать противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях и структурных подразделениях: - отделениях новорожденных акушерских - обсервационных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, - отделениях патологии новорожденных, - поликлинике; - проводить санитарно-просветительную работу с родственниками пациента и медперсоналом.	сосудистого доступа, люмбальной пункции; -методами профилактики инфекционных заболеваний новорожденных; (2)		
ДЕ 7	ДЕ 7 – Основы генетики. Наследственная патология новорожденного. Метаболические нарушения в неонатальном периоде.	-Генетические аспекты нарушений онтогенеза. -клинико-генетические характеристики больших и малых аномалий развития и их значение в диагностике врожденных и наследственных заболеваний. - клинические проявления наиболее распространенных врождённых дефектов и генетических синдромов у	--определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий при генетических и наследственных заболевания у новорожденных; -соблюдать правила	- методами диагностики и профилактики врожденной и наследственной патологии; -методами проведения неонатального скрининга;	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	А/01.8 А/02.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8

		новорождённых. -клинико-генетические характеристики хромосомных заболеваний у новорожденных; - элементы частной синдромологии. - организацию работы медико-генетического центра (планирования семьи); - показания к направлению на консультацию к генетику.	врачебной этики и медицинской деонтологии; -применять социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о наследственных заболеваниях новорожденных.			
ДЕ 8	Перинатальная иммунология. Особенности иммунного статуса у плода и новорожденного.	- особенности становления и развитие иммунной системы в онтогенезе. -значение система HLA и иммунологической реактивности у ребенка; -гуморальные и клеточные основы иммунитета у новорожденного и его особенности у недоношенного ребенка; -диагностику, клинику, тактику лечения иммунодефицитных состояний у новорожденного ребенка.	-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты при иммунодефицитных состояниях у новорожденных; -осуществлять раннюю диагностику этих состояний; -определить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении и обследовании новорожденного с данной патологией.	- современными методами диагностики и лечения иммунодефицитных состояний у новорожденных.	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8
ДЕ 9	Организация амбулаторно-поликлинической помощи	-принципы организации медицинской помощи новорожденным в условиях поликлиники; - особенности проведения дородового	- проводить оценку физического и нервно-психического развития новорожденного, в том	- методами оценки физического и нервно-психического развития новорожденного, в том	УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,	A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8

	новорожденным.	патронажа, первичного патронажа новорожденного; -периодичность посещения ребенка врачом и медицинской сестрой на дому. -особенности диспансеризации новорожденных детей групп риска; - показания к госпитализации; -особенности наблюдения и ведения недоношенных детей на педиатрическом участке; -особенности физического и нервно-психического развития доношенного и недоношенного новорожденного; -особенности организации медицинской помощи недоношенным детям с поражением ЦНС. - показания к госпитализации в стационар; -методы профилактики и лечения рахита, анемии, гипотрофии; -особенности обслуживания недоношенных детей после выписки из стационара; - тактику ведения детей с БЛД, перенесших сепсис, пневмонию, желудочно-кишечные заболевания; -знать календарь прививок, показания и противопоказания для проведения иммунопрофилактики; - особенности иммунизации детей из	числе, недоношенного ребенка; - осуществлять уход и вскармливание за новорожденным; -организовать диспансерное наблюдение с привлечением узких специалистов; --организовать диспансерное наблюдение за детьми с поражением ЦНС, БЛД, перенесших сепсис, пневмонию, желудочно-кишечные заболевания; - применять методы профилактики и лечения рахита, анемии, гипотрофии; -диагностировать патологические состояния у новорожденных; - определять объем и последовательность специальных диагностических и лечебных мероприятий при оказании неотложной помощи новорожденным в условиях поликлиники; -формировать у населения, пациентов и членов их	числе, недоношенного ребенка; -методами организации диспансерного наблюдения; -умением диагностировать патологические состояния у новорожденных и оказать неотложную медицинскую помощь новорожденным в условиях поликлиники; -методами рационального вскармливания новорожденного ребенка; - методами профилактики заболеваний у детей; -методами иммунопрофилактики.	10, ПК-1, 2, 3, 4	
--	----------------	--	---	--	-------------------	--

		групп риска.	семей мотивации, направленные на укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучать родителей основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике заболеваний у детей; -назначить рациональное питание ребенку; - проводить пропаганду грудного вскармливания; -организовать противоэпидемические мероприятия; - -организовать мероприятия по проведению иммунопрофилактики у новорожденных; - применять природные лечебные факторы, лекарственной, немедикаментозной терапии у детей, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.			
--	--	---------------------	--	--	--	--

1. Аттестационные материалы

2.1. Вопросы для самоподготовки к зачету:

1. Организация работы неонатолога на различных уровнях.
2. Нормативные документы в работе врача – неонатолога. Основы статистического анализа в неонатологии.
3. Основные причины и показатели смертности новорожденных, глубоко недоношенных детей на первом году жизни.
4. Строение и особенности функционирования системы «мать-плацента-плод». Физиологические роды. Патология родового акта. Аномалии родовой деятельности. Преждевременная отслойка плаценты. Острая и хроническая кровопотери у плода. Преждевременное излитие околоплодных вод. Быстрые роды.
5. Анатомо-физиологические характеристики новорожденного ребенка. Период адаптации и его характеристика. Уход за здоровым новорожденным. Вскармливание здорового новорожденного ребенка, расчет питания.
6. Современные методы диагностики, применяемые в неонатологии. Оценка лабораторных и специальных методов исследования у новорожденных.
7. Физическое развитие новорожденного. ЗВУР: гипотрофический вариант, гипопластический вариант, диспластический вариант.
8. Недоношенный ребенок. Анатомо-физиологические особенности. Понятия «постконцептуальный, скорректированный, фактический возраст».
9. Особенности выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Вскармливание. Нутритивная поддержка.
10. Анатомо-физиологические особенности кожи у новорожденных. Клинические формы, диагностика, лечение, тактика ведения заболеваний кожи у новорожденных.
11. Особенности адаптации сердечно-сосудистой системы. Функциональные показатели сердечно-сосудистой системы: частота пульса, сердечный ритм, артериальное давление, ОЦК, ударный объем сердца, ЦВД, периферическое сопротивление.
12. Болезни сердца у новорожденных. ВПС: диагностика, лечение. Принципы стабилизации новорожденного с подозрением на ВПС.
13. Миокардиты у новорожденных. Клинические особенности течения миокардитов у новорожденных. Сердечно - сосудистая недостаточность (ССН). Классификация ССН. Терапия.
14. Клинические варианты течения артериальной гипотензии у новорожденного.
15. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных. Дыхательные расстройства у новорожденных: клинико-лабораторная характеристика. Стратегия и тактика терапии. Респираторная поддержка.
16. Болезни дыхательной системы. Респираторный дистресс-синдром. Синдром аспирации мекония. Транзиторное тахипноэ новорожденных. Синдром персистирующей легочной гипертензии. Отек легких (кардиогенный, некардиогенный). БЛД. Пневмонии.
17. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Заболевания желудочно-кишечного тракта: эзофагогастриты, энтероколиты, язвенно-некротический энтероколит.
18. Анатомо-физиологические особенности органов мочевой системы у новорожденных. Болезни органов мочевого выделения у новорожденных. Пороки развития, врожденные болезни. ОПН (преренальная, ренальная, постренальная).
19. Морфологическое и функциональное развитие нервной системы. Особенности развития ликворной и сосудистой систем головного и спинного

- мозга. Перинатальное поражение центральной и периферической нервной системы у новорождённых. Дифференциальная диагностика. Лечение.
20. Поражение ЦНС гипоксического, травматического генеза у недоношенных. Внутривентрикулярные и субарахноидальные кровоизлияния.
 21. Дифференциальная диагностика судорожных состояний. Направления терапии.
 22. Гемопоз у новорожденных. Общая характеристика заболеваний крови и отдельных гематологических синдромов у новорождённых. Кровопотеря у плода. Анемии у новорожденных.
 23. Обмен билирубина. Гипербилирубинемии у новорожденных. Дифференциальная диагностика.
 24. Гемолитическая болезнь новорождённого.
 25. Гемостаз у новорожденных. Коагулограмма: интерпретация и информативность.
 26. Особенности течения заболеваний у недоношенных детей. Пневмонии. Бронхолегочная дисплазия. Поражение ЦНС гипоксического, травматического генеза. Внутривентрикулярные и субарахноидальные кровоизлияния. Геморрагические заболевания.
 27. Диспансеризация и реабилитация глубоко недоношенных детей на первом году жизни.
 28. Эндокринопатии у новорожденных. Тактика ведения.
 29. Патология органов зрения и слуха. Тактика ведения.
 30. Генетические аспекты нарушений онтогенеза. Большие и малые аномалии развития и их значение в диагностике врожденных и наследственных заболеваний.
 31. Генетические синдромы, хромосомные заболевания у новорождённых. Дифференциальная диагностика, тактика ведения.
 32. Становление и развитие иммунной системы в онтогенезе. Врожденные иммунодефицитные состояния.
 33. Перинатальные инфекции. Герпетическая инфекция у новорожденных. СПИД-векторные инфекции: Токсоплазмоз. Цитомегалия. Герпетическая инфекция. Атипичный микобактериоз. Кандидоз. Криптококкоз. Аспергиллез. Криптоспоририоз. Сальмонеллез. Условно-патогенные инфекции. Тактика ведения. Возможности профилактики.
 34. Принципы организации службы реанимации и интенсивной терапии на этапах лечения и выхаживания новорожденных детей. Организация реанимационной помощи новорожденным детям в родовспомогательных учреждениях.
 35. Организация ухода и вскармливание новорожденных, находящихся в критическом состоянии.
 36. Основы инфузионно-трансфузионной терапии в неонатологии: фармакологические группы, правила назначения, принципы дозирования, ограничения, осложнения.
 37. Режимы искусственной вентиляции легких, применимость и возможности в неонатальной реанимации. Принципы проведения неинвазивной вентиляции у новорождённого.
 38. Реанимация новорожденных в родильном зале. Асфиксия у новорождённых. Искусственная вентиляция легких. Оксигенотерапия. Интубация трахеи. Непрямой массаж сердца. Медикаментозная терапия. Профилактическое введение сурфактанта.
 39. Неотложные состояния - клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение: ДВС-синдром, острая кровопотеря, геморрагический и гипертермический синдромы, синдромы охлаждения, обезвоживания, полицитемии, острого нарушения электролитного обмена, кислотно-основного состояния, судорожный синдром и кома.
 40. Организация медицинской помощи новорожденным в условиях поликлиники. Система патронажей.

41. Особенности наблюдения и ведения недоношенных детей на педиатрическом участке.
42. Особенности диспансеризации новорожденных детей групп риска: дети с БЛД, перенесшие сепсис, пневмонию, желудочно-кишечные заболевания. Показания к госпитализации.

2.2. Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. вялость
- b. двигательное возбуждение
- c. бледность
- d. тремор конечностей
- e. все вышеперечисленное

2. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ:

- a. этимизол
- b. эуфиллин
- c. кофеин
- d. преднизолон
- e. кордиамин

3. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СДР НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ:

- a. гидрокортизон
- b. преднизолон
- c. дексаметазон
- d. тиреоидин
- e. витамин Е

4. В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ ЛУЧШЕ ДРУГИХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ПРОНИКАЕТ:

- a. стрептомицин
- b. канамицин
- c. амикацин
- d. гентамицин
- e. ни один из вышеперечисленных

5. В НЕОНАТОЛОГИИ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ЭФФЕКТА СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АМПИЦИЛЛИН ПРИМЕНЯЮТ В СОЧЕТАНИИ С:

- a. эритромицином
- b. гентамицином
- c. тетрациклином
- d. ванкомицином
- e. тетрациклинами

6. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:

- a. почечной недостаточности
- b. тяжелой гипоксии
- c. сочетании с ампициллином
- d. сочетании с фуросемидом
- e. все вышеперечисленное

7. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПМИНА В ДОЗЕ 0,5-5,0 МКГ/КГ/МИН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

- a. увеличение диуреза
- b. тахикардия
- c. артериальная гипертензия
- d. гипергликемия
- e. тахипноэ

8. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИТАМИН К-ЗАВИСИМЫМ?

- a. протромбин
- b. проконвертин
- c. фактор Стюарта-Прауэра
- d. антигемофильный фактор В
- e. фактор Хагемана

9. ДОЗЫ ВИТАМИНА К, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СЛЕДУЮЩИЕ:

- a. 0,1мг/кг
- b. 0,01мг/кг
- c. 0,5мг/кг
- d. 1мг/кг
- e. 5мг/кг

10. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. геморрагический синдром
- b. ДВС-синдром
- c. тромбоцитопения менее 10000 в мкл
- d. тромбоцитопения менее 40 000 в мкл
- e. наследственная тромбоцитопатия

11. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ:

- a. ЦНС
- b. селезенка
- c. сердце
- d. легкие
- e. тимус

12. ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕПАТИТ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ, КРОМЕ:

- a. листерия
- b. токсоплазма
- c. ЦМВ
- d. аденовирус
- e. вирус Коксаки

13. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ:

- a. роцефин
- b. ацикловир
- c. флуконазол
- d. ганцикловир
- e. пентаглобин

14. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОДНОКОМПОНЕНТНОЙ СХЕМЫ:

- a. зидовудин
- b. ламивудин

- c. невирапин
 - d. ни один из перечисленных
 - e. все вышеперечисленные
15. В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ВРЕМЕННОГО ИНТЕРВАЛА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС?
- a. первые 72 часа жизни
 - b. первые 24 часа жизни
 - c. первая неделя жизни
 - d. после первых суток жизни
16. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ?
- a. флуконазол
 - b. микамин
 - c. амфотерицин В
 - d. нистатин
 - e. все вышеперечисленные
17. СНАБЖЕНИЕ ТКАНЕЙ ПЛОДА O₂ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ:
- a. кровотока
 - b. концентрации Hb в крови
 - c. типа Hb
 - d. фосфоглицерата
 - e. pH крови плода
18. КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭСТРИОЛА ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА, Т.К. БОЛЬШИНСТВО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ЭСТРИОЛА ОБРАЗУЮТСЯ В:
- a. плаценте
 - b. надпочечниках плода
 - c. надпочечниках беременной
 - d. околоплодных водах
 - e. печени беременной
19. КРОВЬ, ПОСТУПАЮЩАЯ К СЕРДЦУ, ГОЛОВЕ И ВЕРХНИМ КОНЕЧНОСТЯМ ПЛОДА, НАСЫЩЕНА O₂ НА
- a. 40%
 - b. 50%
 - c. 60%
 - d. 70%
 - e. 80%
20. ВСЕ УКАЗАННОЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, КРОМЕ:
- a. жизнеспособности плода
 - b. массы плода 1000
 - c. отношение лецитин/сфингомиелин менее 2:1
 - d. отсутствие у плода альвеолярных клеток 2 типа
 - e. наличие фосфатидилглицерина
21. ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:
- a. способ родоразрешения
 - b. кровотечение из влагалища
 - c. преэклампсия
 - d. возраст матери
 - e. выкидыш в анамнезе
22. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ТОКСОПЛАЗМОЗОМ:
- a. кровь больного человека

- b. птицы
- c. кошки
- d. морепродукты
- e. иксодовые клещи

23. ВСЕ ФАКТОРЫ СОПРОВОЖДАЮТ ПЕРЕНОШЕННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ, КРОМЕ:

- a. дефицита АКТГ
- b. нарушений со стороны ЦНС
- c. недостатка плацентарной сульфатазы
- d. низкого уровня окситоцина
- e. ничего из вышеперечисленного

24. БИОФИЗИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ВСЕ СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, КРОМЕ:

- a. дыхательных движений плода
- b. количества околоплодных вод
- c. мышечного тонуса плода
- d. сократительного стрессового теста
- e. двигательной активности плода

25. ДЛЯ КЧС НОВОРОЖДЕННОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:

- a. респираторного алкалоза
- b. увеличения $p\text{CO}_2$
- c. уменьшение pH
- d. повышение уровня лактата
- e. метаболического ацидоза

26. КАКОВА ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 1-2 СУТКИ ЖИЗНИ:

- a. 0,5-1мл/кг/час
- b. 0,5-2мл/кг/час
- c. 0,5-2,5мл/кг/час
- d. 1-5мл/кг/час
- e. 3-6мл/кг/час

27. КАКОВА ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 5-7 СУТКИ ЖИЗНИ:

- a. 0,5-1мл/кг/час
- b. 0,5-2мл/кг/час
- c. 0,5-2,5мл/кг/час
- d. 1-5мл/кг/час
- e. 3-6мл/кг/час

28. В СВЯЗИ С ФЕНОМЕНОМ КИСТООБРАЗОВАНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЦМВ-ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- a. с сепсисом
- b. с деструктивной пневмонией
- c. галактоземией
- d. муковисцидозом
- e. ни одно из вышеперечисленных

29. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. ларингит
- b. ринит
- c. бронхит
- d. бронхиолит
- e. синусит

30. НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТАМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:

- a. в первые часы жизни
- b. на 2-3 сутки жизни
- c. при выписке из родильного дома
- d. в возрасте 1 месяца жизни
- e. никогда

31. СИНТЕЗ КАКОГО ГОРМОНА ВОЗРАСТАЕТ В 1000 РАЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- a. эстрадиол
- b. прогестерон
- c. кортизол
- d. эстриол
- e. тестостерон

32. КАКУЮ ПАТОЛОГИЮ ПЛОДА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОДЕРЖАНИИ АФП, СОСТАВЛЯЮЩЕМ 0,44 ОТ НОРМЫ:

- a. омфалоцеле
- b. трисомия по 21 хромосоме
- c. синдром Тернера
- d. многоплодная беременность
- e. синдром Эдвардса

33. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ТОЛЬКО ВТОРИЧНОМУ АПНОЭ:

- a. ребенок не дышит
- b. АД понижено
- c. ребенок не может самостоятельно восстановить дыхание
- d. ЧСС падает
- e. Может начаться внутриутробно

34. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ИВЛ ПОД ДАВЛЕНИЕМ:

- a. ЧСС 100 уд в мин
- b. дыхание типа «гаспинг»
- c. все вышеперечисленное
- d. ЧД 60 в мин
- e. $SpO_2 < 93\%$

35. ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ:

- a. от матерей с сахарным диабетом
- b. с гемолитической болезнью новорожденных в результате резес-конфликта
- c. с синдромом Беквита-Видемана
- d. всех перечисленных
- e. ни один, из вышеперечисленных

36. ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ И ГИПОКАПНИЯ ПРИВОДЯТ К:

- a. повышению нервно-рефлекторной возбудимости
- b. снижению мозгового кровотока
- c. снижению сопротивления легочных сосудов
- d. все вышеперечисленные изменения
- e. ничего из вышеперечисленного

37. ДЛЯ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ХАРАКТЕРНЫ:

- a. брадикардия
- b. приглушенность тонов сердца
- c. ослабление дыхания
- d. цианоз

е. все вышеперечисленное

38. РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- а. коарктации аорты
- б. ДМЖП
- с. Тетрады Фалло
- д. транспозиции магистральных сосудов
- е. аномалии Эпштейна

39. КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ:

- а. резким увеличением метаболизма глюкозы
- б. повышением внутричерепного давления
- с. увеличением потребности мозга в кислороде
- д. повышением артериального давления
- е. всеми вышеперечисленными признаками

40. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА БОЛЕЕ 8-10 СМ ВОДН.СТ. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К СЛЕДУЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ:

- а. пневмотораксу
- б. перерастяжению легких
- с. нарушению венозного возврата крови к сердцу
- д. повышению резистентности легочных сосудов
- е. все вышеперечисленное

41. В ОТВЕТ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У НОВОРОЖДЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- а. метаболический ацидоз
- б. гипоксемия
- с. гипогликемия
- д. все вышеперечисленное
- е. ничего из вышеперечисленного

42. ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ:

- а. оценить ЧСС
- б. оценить цвет кожных покровов
- с. ввести зонд в желудок
- д. начать ИВЛ с помощью мешка и маски
- е. ввести адреналин

43. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ:

- а. 30-40%
- б. 50-60%
- с. 70-80%
- д. 90-100%
- е. 60-100%

44. ВЕЛИЧИНА ДЫХАТЕЛЬНОГО ОБЪЕМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ ДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ С МАССОЙ ТЕЛА 3500Г ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:

- а. 10-15мл
- б. 20-30мл
- с. 40-50мл

- d. 55-60мл
 - e. 60-65мл
45. ВВЕДЕНИЕ РОТОВОГО ВОЗДУХОВОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАСОЧНОЙ ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОКАЗАНО ПРИ:
- a. синдроме Пьера-Робена
 - b. диафрагмальной грыже
 - c. расщелине твердого и мягкого неба
 - d. атрезии пищевода
 - e. все вышеперечисленное
46. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ В СТАДИИ ПРОДРОМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, КРОМЕ:
- a. повышение уровня гемоглобина
 - b. метаболический ацидоз
 - c. повышение гематокрита
 - d. нормальный уровень лейкоцитов
 - e. гиперкалиемия
47. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ:
- a. рвота с желчью
 - b. частый стул с патологическими примесями
 - c. вздутый, с локальной болезненностью живот
 - d. усиление перистальтики
 - e. все вышеперечисленное верно
48. ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ:
- a. 500 мл
 - b. 1/8 от массы тела
 - c. 85мл/кг
 - d. 110 мл/кг
 - e. 1/4 от массы тела
49. ВНУТРИЛЕГОЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ СОХРАНЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕЩЕ:
- a. 2 часа
 - b. 6 часов
 - c. 8 часов
 - d. 5-10 минут
 - e. до конца 1 суток
50. НЕЗАРАЩЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНО ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЭТОГО СОСУДА К:
- a. адреналину
 - b. серотонину
 - c. простагландинам
 - d. минералокортикоидам
 - e. инсулину
51. ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ В СТУЛЕ СКРЫТОЙ КРОВИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ:
- a. язвенно-некротизирующий энтероколит
 - b. непереносимость молока
 - c. язва желудка
 - d. трещины сосков у матери
 - e. все вышеперечисленное
52. ЦИАНОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:
- a. метгемоглобинемии

- b. полицитемии
- c. шоке
- d. гипогликемии
- e. всех перечисленных состояниях

53. КАКОВА ОСНОВНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ СТАФИЛОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- a. на коже
- b. на слизистой оболочке носоглотки
- c. в области промежности
- d. на слизистой носовых ходов
- e. в желудочно-кишечном тракте

54. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

- a. через руки персонала
- b. через продукты питания
- c. через белье
- d. через предметы ухода
- e. через медицинские изделия

55. КАКОЙ ПЕРИОД НАЗЫВАЮТ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ

- a. с момента рождения до 7 дня жизни
- b. с момента оплодотворения до родов
- c. с 22 недель внутриутробного развития до 7 дня жизни
- d. с 28 недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни
- e. с момента рождения до 1 месяца жизни

56. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- a. открытая форма туберкулеза
- b. нежелание матери кормить ребенка грудью
- c. вирусный гепатит В
- d. отсутствие молозива в первые сутки после родов

57. КОГДА ПРОИСХОДИТ ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- a. на 4-й год жизни
- b. на 5-й день жизни
- c. на 6-й недели жизни
- d. после 7-10 дня жизни
- e. к 3-м суткам жизни

58. КАКОЙ САХАР ПРЕОБЛАДАЕТ В УГЛЕВОДАХ ГРУДНОГО МОЛОКА?

- a. сахароза
- b. мальтоза
- c. б-лактоза
- d. галактоза
- e. глюкоза

59. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПРИ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ?

- a. анемия
- b. поражение печени
- c. поражение ЦНС
- d. сердечная недостаточность
- e. почечная недостаточность

60. КАКАЯ ПРИЧИНА АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ

- a. кровопотеря или гемолиз
- b. наследственный микросфероцитоз
- c. дефицит эритроцитарных ферментов

- d. наследственная гипопластическая анемия
- e. дефицит железа

61. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ МИОКАРДИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ

- a. вирусом Коксаки
- b. стафилококком
- c. стрептококком
- d. клебсиелы
- e. ЦМВ

62. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

- a. дефект межжелудочковой перегородки
- b. тетрада Фалло
- c. транспозиция магистральных сосудов
- d. открытый артериальный проток
- e. дефект межпредсердной перегородки

63. КАКУЮ ПАТОЛОГИЮ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ РАЗВИТИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО В ВОЗРАСТЕ 5-6 СУТОК

- a. родовую травму ЦНС
- b. порок развития ЦНС
- c. метаболические нарушения
- d. гнойный менингит
- e. эпилептические приступы

64. ТЕРМИН «РЕБЕНОК С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ» ОЗНАЧАЕТ РОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ

- a. менее 3500 г.
- b. менее 3000 г.
- c. менее 2500 г.
- d. менее 2000 г.
- e. менее 1500 г.

65. С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ АПГАР ОЦЕНИВАЕТСЯ

- a. доношенность новорожденного
- b. общее состояние после родов
- c. неврологический статус
- d. состояние внутренних органов
- e. питание новорожденного

66. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РЕБЕНКА ИСЧЕЗАЕТ

- a. в 1-1,5 мес.
- b. в 2-3 мес.
- c. в 3-3,5 мес.
- d. в 4-4,5 мес.
- e. в 5-5,5 мес.

67. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РЕБЕНКА ИСЧЕЗАЕТ

- a. в 1-2 мес.
- b. в 2-3 мес.
- c. 3-4 мес.
- d. 4-5 мес.
- e. 5-6 мес.

68. СУРФАКТАНТ НАЧИНАЕТ ФОРМИРОВАТЬСЯ

- a. до 12 нед. внутриутробной жизни
 - b. между 12-16 нед. внутриутробной жизни
 - c. между 20-24 нед. внутриутробной жизни
 - d. между 30-34 нед. внутриутробной жизни
 - e. между 38-40 нед. внутриутробной жизни
69. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
- a. конъюгационная
 - b. гемолитическая
 - c. паренхиматозная механическая
 - d. механическая
 - e. нет различия в частоте вариантов желтух
70. ПРИ КОНЪГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМОГЛОБИНА
- a. нормальное
 - b. повышено
 - c. понижено
 - d. число эритроцитов снижено, а гемоглобина понижено
 - e. число эритроцитов повышено, а гемоглобина снижено
71. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- a. энзимная недостаточность печени
 - b. повышенный распад эритроцитов
 - c. снижение экскреторной функции печени
 - d. явление холестаза
 - e. гиперспленизм
72. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СИСТЕМЕ АВ0 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ КОГДА
- a. группа крови матери A (II), ребенка 0 (I)
 - b. группа крови матери B (III), ребенка 0(I)
 - c. группа крови матери 0 (I), ребенка A (II)
 - d. группа крови матери АВ (IV), ребенка A (II)
 - e. группа крови матери A (II), ребенка B (III)
- 73.ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ НА 1КГ МАССЫ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10 ДНЕЙ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ
- a. 60 ккал
 - b. 80 ккал
 - c. 100 ккал
 - d. 120 ккал
 - e. 140 ккал
- 74.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ РАННИЙ ПРИЗНАК ПРИ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО
- a. увеличение подмышечных лимфатических узлов
 - b. отек и покраснение в области молочной железы
 - c. подъем температуры тела
 - d. появление размягчения грудной железы
 - e. беспокойство ребенка, отказ от груди
- 75.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
- a. клинико-anamnestические данные
 - b. бактериологическое исследование
 - c. серологическое исследования
 - d. иммунологические исследования

- е. все перечисленное
- 76. НОРМАЛЬНЫЙ БИОЦЕНОЗ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ФОРМИРУЕТСЯ
 - а. в 1-2 сутки
 - б. на 3-4 сутки жизни
 - с. на 5-8 сутки жизни
 - д. 5-8 сутки жизни
 - е. 12-15 сутки жизни
- 77. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ НАГРУБАНИЕ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ
 - а. повышение уровня катехоламинов
 - б. повышение уровня женских половых гормонов
 - с. гипогликемия
 - д. все вышеперечисленное
 - е. ничего из вышеперечисленного
- 78. ПРИЧИНОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
 - а. гипогликемия
 - б. ацидоз
 - с. аллергоидная реакция
 - д. охлаждение
 - е. ничего из вышеперечисленного
- 79. ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРИЛОЖИТЬ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
 - а. не позднее 2-х часов жизни
 - б. через 6 часов
 - с. через 12 часов
 - д. через 24 часа
 - е. через 72 часа
- 80. ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО В 100 МЛ СОДЕРЖИТ БЕЛКА
 - а. 0,6-1,0 г.
 - б. 1,1-1,5 г.
 - с. 1,6-2,0 г.
 - д. 2,1-2,5 г.
 - е. 2,6-3,0 г.
- 81. ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО В 100 МЛ СОДЕРЖИТ ЖИРА
 - а. 2,0 г.
 - б. 2,5 г.
 - с. 3,0 г.
 - д. 3,5 г.
 - е. 4,0 г.
- 82. ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО В 100 МЛ СОДЕРЖИТ УГЛЕВОДОВ
 - а. 4,0-4,5 г.
 - б. 5,0-5,5 г.
 - с. 6,5-7,0 г.
 - д. 7,5-8,0 г.
 - е. 8,5-9,0 г.
- 83. ЖЕЛТУХА ПРИ РОЖДЕНИИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 24 ЧАСОВ ЖИЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА
 - а. врожденной атрезией желчных протоков
 - б. фетальным гепатитом
 - с. иммунологической несовместимостью крови матери и плода
 - д. галактоземией
 - е. «физиологический» гемолиз новорожденных

84. ДВС-СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С

- a. сепсис
- b. тяжелой асфиксией с выраженным метаболическим ацидозом и нарушением микроциркуляции
- c. преждевременной отслойкой плаценты
- d. СДР
- e. все выше пересеченное

85. ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- a. лактобактерии
- b. E. coli
- c. Staphylococcus
- d. Enterococcus
- e. Bifidobacter

86. НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ВСЕГДА ДОЛЖЕН СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

- a. внутривенным введением в пуповину глюкозы
- b. внутривенным введением в пуповину адреналина
- c. ИВЛ 100% O₂
- d. введением бикарбоната натрия
- e. все вышеперечисленное

87. СРОКИ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННОГО:

- a. до 4-х суток
- b. до 10-х суток
- c. до 14 суток
- d. до 28 дней
- e. после месяца жизни

88. КАКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ ОТСУТСТВИЕ ИЛИ УМЕНЬШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ:

- a. нарушение развития мозга
- b. отставание в нейропсихическом развитии
- c. отставание плода в развитии
- d. брадикардия
- e. все вышеперечисленное

89. ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ У НЕДОНОШЕННОГО ЭТО УРОВЕНЬ СА МЕНЕЕ:

- a. 2,0 ммоль/л
- b. 1,75 ммоль/л
- c. 2,25 ммоль/л
- d. 3,0 ммоль/л
- e. 1,15 ммоль/л

90. К ГРУППЕ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РАННЕЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. недоношенные
- b. перенесшие асфиксию
- c. дети матерей с сахарным диабетом
- d. новорожденные с надпочечниковой недостаточностью
- e. верно а и с

91. ЯТРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ ГИПОГЛИКЕМИИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. быстрое введение Na бикарбоната
- b. ОЗПК
- c. внутривенная инфузия интралипида
- d. фототерапия
- e. ни один, из перечисленного

92. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЭТО УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ БОЛЕЕ:

- a. 2,38 ммоль/л
- b. 2,74 ммоль/л
- c. 2,96 ммоль/л
- d. 3,14 ммоль/л
- e. 1,15 ммоль/л

93. ГЛАВНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ В АСФИКСИИ:

- a. сниженная реакция на паратгормон
- b. резко повышен кальцитонин
- c. снижение магния
- d. снижение альбумина
- e. все вышеперечисленное

94. КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ У ДОНОШЕННОГО 2-СУТОК?

- a. 1,39 ммоль/л
- b. более 1,67 ммоль/л
- c. 2,2 ммоль/л
- d. более 2,2 ммоль/л
- e. 3,3-5,5 ммоль/л

95. КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ У НЕДОНОШЕННОГО 2 СУТОК, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ГИПОГЛИКЕМИЯ?

- a. менее или равен 1,39 ммоль/л
- b. 1,45 ммоль/л
- c. не более 1,67 ммоль/л
- d. 2,2 ммоль/л
- e. менее 3,3 ммоль/л

96. КАКОВА ЧАСТОТА ГИПОГЛИКЕМИЙ У ДОНОШЕННЫХ С СЗВУРП ПО ГИПОТРОФИЧЕСКОМУ ТИПУ?

- a. 8%
- b. 27%
- c. 33%
- d. 67%
- e. 80%

97. БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ЕГО СЛЕДУЮЩЕМ ВАРИАНТЕ:

- a. паренхиматозное кровоизлияние
- b. субдуральное кровоизлияние
- c. эпидуральное кровоизлияние
- d. субарахноидальное кровоизлияние
- e. изолированное субэпендимальное кровоизлияние

98. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ НЕЗРЕЛОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. наличие герминативного матрикса
- b. наличие перивентрикулярных венозных сплетений
- c. незрелость стенки магистральных артериальных и венозных сосудов
- d. избыточная рыхлость белого вещества в перивентрикулярных областях
- e. все вышеперечисленное

99. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМ СРОКОМ ГЕСТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- a. низкой толерантностью незрелого мозга к гипоксии
- b. наличием герминативного матрикса
- c. склонностью к гиперкоагуляции и тромбообразованию
- d. спецификой кровоснабжения перивентрикулярного белого вещества
- e. избыточной гидрофильностью белого вещества

100. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НЕОТЛОЖНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. подозрение на внутричерепное кровоизлияние
- b. подозрение на гнойный менингит, повторные судорожные приступы
- c. коматозное состояние
- d. подозрение на ВУИ
- e. гипертензионно-гидроцефальный синдром

Ответы на тестовые задания для проведения ГИА по специальности 31.08.18

Неонатология

1	e	11	a	21	d	31	d	41	d	51	e	61	a	71	e	81	e	91	b
2	c	12	d	22	c	32	b	42	d	52	e	62	c	72	c	82	d	92	b
3	c	13	d	23	d	33	c	43	d	53	b	63	d	73	c	83	c	93	b
4	c	14	a	24	d	34	b	44	b	54	a	64	c	74	b	84	e	94	d
5	b	15	a	25	a	35	d	45	a	55	c	65	b	75	e	85	a	95	a
6	c	16	a	26	c	36	d	46	e	56	a	66	b	76	c	86	c	96	c
7	a	17	a	27	d	37	e	47	d	57	d	67	c	77	b	87	c	97	e
8.	e	18	b	28	d	38	a	48	c	58	c	68	b	78	c	88	e	98	a
9	d	19	c	29	d	39	e	49	a	59	c	69	a	79	a	89	b	99	d
10	c	20	e	30	a	40	e	50	c	60	a	70	a	80	b	90	d	100.	b

2.3. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Девочка Т., 6 дней, родилась от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3210 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родзале. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Масса тела на 3-е сутки составила 3030 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 6-ый день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3100 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус

удовлетворительный. Кожный покров розовый, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи, частый.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок – 0, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2-3 в п/зр, эритроциты – 4-5 в п/зр, цилиндры – нет, соли – кристаллы мочевой кислоты.

Задание

1. Оценить состояние новорожденного.
2. Предположить диагноз.
3. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
4. Объяснить физиологию пограничного(транзиторного) состояния.
5. Определить сроки неонатального скрининга.

ЗАДАЧА 2

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Девочка В., 3 дней жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3130 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 2-е сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 3-й день жизни масса тела 2950 г, состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы умеренно иктеричны, на разгибательных поверхностях рук отмечается пятнисто-папулезная сыпь, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Данные исследований:

Группа крови матери A(II) Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.

Общий анализ крови: НЬ — 192 г/л, Эр — $5,4 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты -1,5%, Лейк — $16,0 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 43%, э — 1%, л — 46%, м -6%, СОЭ — 4 мм/час.

Биохимический анализ крови на 3-й день жизни: общий белок -55 г/л, билирубин: общий— 146 мкмоль/л, непрямой – 139 мкмоль/л, мочевины - 4,1 ммоль/л, холестерин — 3,4 ммоль/л, калий — 5,2 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, АЛТ — 24 ммоль/л, АСТ — 17 ммоль/л

Задание

1. Оценить состояние новорожденного.
2. Предположить диагноз.
3. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
4. Объяснить физиологию пограничного (транзиторного) состояния
5. Определить сроки неонатального скрининга.

ЗАДАЧА 3

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Новорожденная девочка, возраст – 4-е сутки жизни, находится в родильном доме.

Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г., длиной 52 см.

Из анамнеза: матери 22 года, здорова, беременность протекала без осложнений, роды срочные, спонтанные, без осложнений.

Состояние с рождения удовлетворительное, на грудном вскармливании. На 3 сутки появилась желтушность кожных покровов.

При осмотре активна, мышечный тонус и рефлексы новорожденного удовлетворительные, взгляд ясный. Из груди сосет хорошо, не срыгивает. Кожа иктеричная 1 степени, чистая, пупочный остаток в скобке, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые розовые, чистые. ЧД 42 в минуту, ЧСС 136 в минуту. Аускультативно: дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания регулярные, до 15 раз в сутки, периодически на пеленке – желто-коричневое пятно. Стул кашицеобразный, желтого цвета, со слизью, непереваженный, периодически разжиженный, с незначительным количеством зелени.

ОАК: Hb – 185 г/л, RBC – $5,6 \times 10^{12}$ /л, MCV – $84,7 \text{ мкм}^3$, MCH – 28,5 пг, MCHC – 346,3 г/л, RDW – 13,8%, Ht – 59%, WBC – $16,8 \times 10^9$ /л: п/я – 5%, с/я – 42%, э – 2%, л – 46%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/ч.

ОАМ: цвет – светло-желтый, реакция – кислая, уд. вес – 1004, эр. – 4-5 в п/зр., лейкоц. – 1-2 в п/зр., белок, сахар – отсутствуют, эпителий плоский в большом количестве, соли – кристаллы мочевой кислоты, цилиндры +++.

Биохимический анализ крови: общ. белок – 54 г/л, общ. билирубин – 140 мкмоль/л, непрямог. 90 мкмоль/л АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Копрограмма: кашицеобразная консистенция стула, слизь ++, нейтральный жир ++, мыла жирных кислот +++, лейкоц. – до 10 в п/зр.

Задание:

1. Оценить состояние новорожденного.
2. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
3. Оцените результаты лабораторных исследований. Какие изменения и с чем они связаны?
4. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденных. Каков генез желтухи в данном случае?
5. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
6. Что лежит в основе мочекишечного инфаркта?
7. Определите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
8. План вскармливания для этого ребенка.
9. Укажите рекомендации по наблюдению ребенка на амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 4

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Новорожденный от 2-ой беременности, 1-ых родов в 35 недель. Первая беременность 2 года назад закончилась мед. аборт без осложнений. Матери 28 лет, страдает артериальной гипертензией с 15 лет. Данная беременность протекала с угрозой прерывания в 11 недель, фарингитом в 27-28 недель, повышением АД в 33 недели беременности, анализы мочи без патологии, отеков не было. Первый период родов 12 часов, второй – 30 минут, безводный промежуток – 7 часов. Околоплодные воды светлые. Масса ребенка при рождении 1700 г, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар через минуту – 5 баллов, через 5 минут – 7 баллов.

Задание

1. Оцените состояние новорожденного.

2. Оцените течение ante- и интранатального периодов.
3. Определите объем помощи новорожденному в родзале.
4. Рассчитать объем парентерального и энтерального питания.
5. Необходима ли такому новорожденному стартовая антибактериальная терапия?
6. Какие стартовые антибиотики используются у новорожденных?
7. Определить сроки вакцинации.
8. Определить сроки неонатального скрининга.

ЗАДАЧА 5

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Новорожденный от 1 беременности, срочных родов. Возраст матери 25 лет, с врожденным пороком сердца. Во время беременности на учете у кардиолога не состояла. Ребенок родился с массой 3050 г, длиной 49 см. На 1 минуте жизни: ЧСС = 154-160 уд/мин, дыхание по типу «гаспинг», ребенок вялый, адинамичный, цианоз носогубного треугольника и дистальный цианоз, тонус мышц снижен. На 5 минуте жизни: ЧСС = 152-162 уд/мин, биомеханика дыхания не нарушена, крик громкий, акроцианоз, тонус мышц снижен.

Задание

1. Поставьте оценку по шкале Апгар.
2. Определить тактику лечения.
3. Рассчитать объем парентерального и энтерального питания.
4. Необходима ли такому новорожденному стартовая антибактериальная терапия?
5. Какие стартовые антибиотики используются у новорожденных?
6. Определить сроки вакцинации.
7. Определить сроки неонатального скрининга.

ЗАДАЧА 6

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Недоношенный мальчик родился в сроке 30 недель гестации, с оценкой по Апгар 2/3 балла, масса тела 1080 г, длина 40 см.

Из анамнеза: у матери (30 лет) первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, после чего лечилась по поводу вторичного бесплодия течение 5-ти лет, данная беременность вторая, протекала на фоне преэклампсии тяжелой степени с 29 недели, хронической фето-плацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, в связи с прогрессированием которых женщина была досрочно планово родоразрешена путем операции кесарева сечения.

Состояние ребенка с рождения тяжелое за счет дыхательной, церебральной недостаточности, на фоне глубокой морфо-функциональной незрелости: спонтанное дыхание неэффективное, дыхательные нарушения в виде одышки до 80 в минуту, выраженной ретракции межреберий и грудины, аускультативно дыхание резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы.

Задание

1. Какой комплекс первичных и реанимационных мероприятий в родильном зале показан данному ребенку?
2. О какой патологии следует думать в первую очередь? Какой вопрос в связи с этим следует уточнить? Рассказать о патогенезе данного заболевания.
3. Какой комплекс лечебно-диагностических мероприятий показан этому ребенку? В чем заключается этиотропная и патогенетическая терапия?
4. Какие гемодинамические нарушения сопровождают течение РДС? Какие возможны осложнения при проведении ИВЛ?

5. Развитие какой еще перинатальной патологии у глубоко недоношенных новорожденных вероятно при тяжелом и осложненном течении РДС?

ЗАДАЧА 7

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Ребенок Л., девочка, от второй беременности, первых родов в сроке 39 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 8 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 22-23 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 27 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение.

Масса тела при рождении 2680 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 29 см. Закричала после санации содержимого из верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы сухие, бледные с цианотичным оттенком, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 5 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная гипотония, положительные миотонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые.

Задание

1. Оцените новорожденного по шкале Болларда и шкале нейромышечной зрелости.
2. Поставьте диагноз.
3. Рассчитайте объем парентерального и энтерального питания.
4. Определить сроки вакцинации.
5. Определить сроки неонатального скрининга.
6. Маршрутизация и тактика наблюдения ребенка после выписки из родильного дома.

ЗАДАЧА 8

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Девочка Д., возраст 2 дня. Родилась от 2 беременности, 2 срочных родов. Первые роды преждевременные в сроке 34 недель. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии II степени. В 9 и 20 недель беременности мать перенесла ОРВИ. Матери 36 лет, отцу 43 года. Продолжительность родов 18 часов. Масса тела девочки при рождении - 2530 г., длина - 47 см. Оценка по шкале Апгар 6/8.

Ребенок при осмотре на 1-е сутки жизни вялый, крик слабый, отмечается мышечная гипотония. Рефлексы орального автоматизма живые. Защитный рефлекс вялый, выявляется после длительной латентной фазы. Рефлекс ползания практически отсутствует. Рефлексы опоры и автоматической походки вялые. Кожа сухая, бледно-розовая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается деформация ушных раковин, высокое небо, прогнатизм, глазной гипертелоризм. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Результаты исследований:

ОАК: гемоглобин 200 г/л, эритроциты $5,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $18 \times 10^9/л$, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 58%, лимфоциты 29%, моноциты 7%, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, гематокрит 68%.

Биохимический анализ крови на 2-е сутки жизни: общий билирубин - 88 мкмоль/л, прямой билирубин - 3 мкмоль/л.

Переведена для дальнейшего лечения в ПИТ, получала парентеральное питание и энтеральное питание.

В последующие дни состояние ребенка улучшилось. Стала активнее, рефлексы периода новорожденности живые. К груди приложена на 1-е сутки. Убыль массы составила 210 г. С 6-го дня начала прибавлять в массе. Сохранялась слабая желтушность кожи. Выписана на 7 день жизни с массой тела 2480 г в удовлетворительном состоянии.

Задание

1. Оцените состояние новорожденного.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Определите вариант ЗВУР.
4. Оцените результаты исследований.
5. Определить сроки вакцинации.
6. Определить сроки неонатального скрининга.
7. Дайте рекомендации по дальнейшей тактике наблюдения ребенка в амбулаторных условиях.

ЗАДАЧА 9

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Новорожденный мальчик, гестационный возраст 38 недель, масса тела 2100 г., длина – 47 см, окружность головы – 32 см, окружность груди – 30 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.

Из анамнеза: возраст матери 20 лет, студентка, учебу совмещала с работой до 36 недель беременности. Беременность первая, протекала на фоне умеренной преэклампсии с 32 недель, в течение всей беременности отмечалась малая прибавка в весе, с 35 недель выявлена фетоплацентарная недостаточность. Роды в 38 недель самостоятельные, без осложнений.

При осмотре в родзале состояние ребенка средней степени тяжести за счет умеренной церебральной недостаточности. Голова округлой формы, кости черепа плотные большой родничок 1,5x1,5 см, швы сомкнуты. Кожа розовая, сухая с крупнопластинчатым шелушением. Подкожно-жировой слой недостаточно развит, эластичность и тургор тканей снижены. Лануго слабо выражено, ареола грудных желез хорошо выражена, сосок сформирован; исчерченность стоп хорошо выражена; ушная раковина сформирована, хрящ плотный; яички в мошонке. Неврологический статус: реакция на осмотр снижена, объем спонтанной двигательной активности снижен, объем пассивных движений достаточный, тонус мышц снижен D=S; рефлексы орального автоматизма выражены удовлетворительно, рефлексы спинального автоматизма отсрочены, быстро истощаются, патологических симптомов со стороны черепно-мозговых нервов нет. ЧД 40/мин., ЧСС 136/мин. Аускультативно: дыхание проводится равномерно по всем полям, хрипов нет; тоны сердца ясные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации пальпации. Печень пальпируется на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции. В процессе осмотра произошло мочеиспускание и отхождение мекония. Обращает внимание быстрое охлаждение ребенка.

ОАК: RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 160 г/л, MCH -33 пг, MCHC -335 г/л, RDW- 16,5%, MCV- 78 мкм³, PLT- $340,0 \times 10^9 /л$, WBC – $9,0 \times 10^9/л$: э – 4%, п/я – 2%, с/я – 39%, л – 45%, м – 10%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок 46 г/л, общий билирубин – 42 мкмоль/л, непрямой – 38 мкмоль/л, глюкоза – 1,4 ммоль/л, натрий – 125 ммоль/л, калий – 3,0 ммоль/л, кальций общий – 1,5 ммоль/л.

Задание

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз. Как оценивается соответствие гестационному возрасту? Каков дефицит массы тела, если средняя масса при 38 неделях гестации составляет 3145 граммов.
2. Обосновать тактику лечения и выхаживания для данного ребенка.
3. Оценить результаты проведенных исследований. Какие исследования еще показаны этому ребенку?
4. Назначить вскармливание.
5. Определить маршрутизацию и тактика наблюдения ребенка после выписки из родильного дома.

ЗАДАЧА 10

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Мальчик К., 1 – е сутки жизни, от 1 беременности. Возраст матери 31 год. Беременность протекала на фоне тяжелой преэклампсии в III триместре. Роды преждевременные в 34 недели гестации в головном предлежании. Масса тела при рождении 1970 г, рост 43 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенку была произведена санация верхних дыхательных путей, дотация кислорода через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет дыхательной недостаточности (тяжесть дыхательных нарушений 7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения. На первом часу жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженными нарушениями биомеханики в виде втяжения межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхания до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 180 в 1 минуту, шумов нет. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было. КОС рН 7,25; p CO₂ 65 мм рт.ст. pO₂ 35 мм рт.ст; BE -3,0 ммоль/л

Задание

1. Сформулируйте диагноз
2. Определите дальнейшую тактику врача.
3. Определите комплекс лечебно-диагностических мероприятий. В чем заключается этиотропная и патогенетическая терапия?
4. Какие гемодинамические нарушения сопровождают течение РДС? Какие возможны осложнения при проведении ИВЛ?
5. Развитие какой еще перинатальной патологии у недоношенных новорожденных вероятно при тяжелом и осложненном течении РДС?

ЗАДАЧА 11

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Девочка из родовой поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 21 года, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 28 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 самопроизвольных родов в головном

предлежании на 41 неделе беременности. Масса тела при рождении 3920 г, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Безводный промежуток 20 часов. Околоплодные воды меконияльные. В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечался синдром угнетения. При осмотре ребенок в сознании. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Аускультативно ослабление над нижней долей правого легкого, единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенны, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот подвздут, при пальпации мягкий, болевой реакции нет, печень +2,5 см, селезенка +0,5 см. Отошел меконий. Темп диуреза 3 мл/кг/час.

В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $23 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 16%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час.

Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените течение антенатального периода.
3. Оцените результаты проведенных исследований. Какие исследования еще показаны этому ребенку?
4. Составьте план лечения с обоснованием.
5. Рассчитайте суточный и разовый объемы кормления. Укажите вид вскармливания.
6. Необходима ли данному ребенку антибактериальная терапия? Назовите стартовую антибактериальную терапию с обоснованием выбора препарата.

ЗАДАЧА 12

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Девочка П. поступила в стационар в возрасте 7 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 14 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4100 г, длина тела 55 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы — 37 см, большой родничок 1,5 x 1,5 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонноротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите уровень поражения нервной системы.
3. Обоснуйте тактику лечения и выхаживания.
4. Обоснуйте необходимость реабилитации для данного ребенка.
5. Составьте план наблюдения ребенка после выписки из стационара.

ЗАДАЧА 13

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Мальчик М., 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, от 1 преждевременных (на 29 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании обоих плодов. Масса тела при рождении 870 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/5 баллов. Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим синдромом угнетения: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее инотропной поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. На фоне проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы.

ОАК при рождении: Hb 165 г/л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12 \times 10^9/л$, с/я нейтрофилы 64%, п/я нейтрофилы 3%, лимфоциты 27%, эозинофилы 1%, моноциты 7%, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час;

через 12 часов после рождения - Hb 135 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8 \times 10^9/л$, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 4 мм/час.

НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете – тромбы.

Задание

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие осложнения отмечаются у данного ребенка?
3. Обоснуйте тактику лечения и выхаживания для данного ребенка.
4. Обоснуйте необходимость реабилитации для данного ребенка.
5. Определите сроки вакцинации
6. Определите сроки неонатального скрининга. Необходимо ли повторное взятие неонатального скрининга?
7. составьте план наблюдения ребенка в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЗАДАЧА 14

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Недоношенная девочка, родилась в сроке 30 недели гестации, с оценкой по Апгар 3/4 балла, в связи с чем в родильном зале начата ИВЛ, масса тела 1200 г, длина 40 см.

Из анамнеза: у матери первые 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем, данная беременность 3, протекала на фоне преэклампсии тяжелой степени с 24 недель, хронической фето-плацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, в связи с прогрессированием которых женщина была досрочно родоразрешена путем операции кесарево сечение.

Состояние ребенка с рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности тяжелой степени на фоне течения РДС. На фоне комплекса лечебно-диагностических мероприятий состояние стабилизировалось. В середине вторых суток состояние ребенка резко ухудшилось за счет неврологической симптоматики: адинамия, атония, арефлексия, отсутствие реакции зрачков на свет, на этом фоне приступы тонических судорог. В связи с этим проведена нейросонография.

НСГ: мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины; боковые желудочки дилатированы во всех отделах, в их полостях массивные гиперэхогенные включения – тромбы.

ОАК: WBC – $9,0 \times 10^9$ /LRBC – $3,0 \times 10^{12}$ /L HGB – 130 g/LHCT – 40,8% MCV – 98fL, MCH – 34 pgMCHC – 392 g/LRDW – 20% PLT – 200×10^9 /л СОЭ – 3 мм/час.эоз. – 4% п/яд. – 2% сегм. – 39% лимф. – 45% мон. – 10%

Задание

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Выделите синдромы поражения в клинике данного заболевания.
3. Назовите дополнительные методы исследования. Какие признаки будут подтверждать диагноз?
4. Какова этиология данной патологии у недоношенных? Назовите АФО ЦНС, являющиеся факторами риска для развития данной патологии?
5. Назовите ранние и поздние осложнения внутрижелудочковых кровоизлияний.
6. Консультации каких специалистов показаны ребенку?

ЗАДАЧА 15

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Запоздалые первые роды у женщины 26 лет осложнились слабостью родовой деятельности, проводилось родоусиление окситоцином. При кардиотокографии плода отмечалась тахикардия до 180 ударов в минуту, сменившаяся тенденцией к брадикардии – 110-120 ударов в минуту. Первый период длился 20 часов, второй период – 25 минут, осложнился также слабостью потуг. При выведении головки ребенка подтекают задние мекониальные околоплодные воды. При рождении ребенок самостоятельно не дышит, ЧСС 100 в минуту.

Задание

1. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар, обоснуйте оценку.
2. Какова тактика первичной реанимационной помощи при риске мекониальной аспирации? Назовите показания к продленной ИВЛ.
3. Факторы риска и патогенез данной патологии?
4. Клиническая картина и возможные осложнения. Какие рентгенологические изменения характерны для мекониальной аспирации?
5. Принципы лечения. Показана ли антибактериальная терапия при мекониальной аспирации?

ЗАДАЧА 16

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Ребенок Н., девочка, родилась от третьей беременности, первых родов. Первая беременность у матери закончилась медицинским абортом без осложнений, вторая – выкидышем в сроке 8 недель. Данная беременность протекала с тяжелым токсикозом первой половины в течение трех недель. В сроке 19 недель женщина была госпитализирована по поводу угрозы выкидыша. Продолжительность первого периода родов составила 5 часов, второго – 15 минут, безводный период 3,5 часа. Околоплодные воды мутные, зеленоватые.

Ребенок родился в срок с двукратным обвитием пуповиной вокруг шеи. Масса тела при рождении 3530 г. Закричала после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди в первые сутки. На 9 часу жизни произошло обильное срыгивание алой кровью. На 27 часу жизни - на пеленке меконий с красным ободком крови по периметру.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие гемостазиологические тесты необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой вопрос необходимо уточнить при сборе анамнеза?
4. Лечебная тактика (неотложная помощь при кровотечении).
5. Тактика дальнейшего наблюдения ребенка после выписки из родильного дома.

ЗАДАЧА 17

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

У ребенка 3 суток жизни (родился массой 2800 г, рост 53 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов) отмечено появление срыгиваний створоженным молоком с прожилками крови. При осмотре: ребенок вялый, крик слабый, болезненный. На коже - единичные геморрагии в виде петехий и экхимозов. Тоны сердца звучные, 160 ударов в мин. Дыхание пуэрильное, ЧД 60 в мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см. Селезенка не пальпируется. Стул переходный, окружен на пеленке красным ободком. Из анамнеза: ребенок от III беременности, I родов. Две предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания во II половине. В 33 недели женщина перенесла ОРВИ (ринит, фарингит, без повышения температуры). Роды без особенностей.

Коагулограмма: время свертывания крови по Ли-Уайту 12 мин, ПТИ - 50%, фибриноген 2,5 г/л, фибринолитическая активность 16%, ретракция кровяного сгустка 50%,

ОАК: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, гематокрит 43%, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, лейкоциты $12 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 58%, лимфоциты 28%, моноциты 8%, эозинофилы 2%.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие тесты необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Что необходимо уточнить при сборе анамнеза?
4. Лечебная тактика (неотложная помощь при кровотечении)
5. Тактика дальнейшего наблюдения ребенка после выписки из родильного дома.

ЗАДАЧА 18

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Девочка С., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 28 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 4 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период — 7 часов 40 минут, 2-й — 15 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении 3520 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре неонатолога выявлено увеличение размеров печени до +3 см из-под края реберной дуги и селезенки до +1,5 см.

При дополнительном обследовании: общий билирубин пуповинной крови составил 108 мкмоль/л. В биохимическом анализе крови, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 178 мкмоль/л.

НЬ периферической крови, определенный по cito, 146 г/л.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
3. Определите необходимость проведения заменного переливания крови.
4. Назначьте лечение.
5. Назначьте вскармливание.
6. Укажите прогноз для данного ребенка и дайте рекомендации по дальнейшему ведению в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЗАДАЧА 19

УК-1, ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, 2, 3, 4

Мальчик В., возраст 4 дня, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 11 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3210 г, длина тела 53 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка у реберного края. Стул переходный.

Дополнительные данные :

ОАК: НЬ — 138 г/л, Эр — $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $9,5 \times 10^9$ /л, п/я — 8%, с — 55%, э — 1%, л — 30%, м — 7%, СОЭ — 3 мм/час.

Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок -56 г/л, билирубин: непрямой — 188 мкмоль/л, прямой — 5 мкмоль/л.

Задание

1. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте вскармливание.
5. Укажите прогноз для данного ребенка и дайте рекомендации по дальнейшему ведению в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЗАДАЧА 20

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, с массой тела 3000 г., длиной 52 см, находится в родильном доме.

Из анамнеза матери: данная беременность третья (одни роды, один медицинский аборт), протекала на фоне отечной формы гестоза, группа крови A(II) Rh-отрицательная. Роды срочные, без осложнений.

В возрасте 4 часов жизни у ребенка появилась иктеричность кожи 1 степени с нарастанием до 2 степени в течение 6 часов.

При осмотре в начале вторых суток (28 часов жизни) состояние тяжелое за счет неврологической симптоматики, синдрома интоксикации на фоне выраженной желтухи. Реакция на осмотр снижена, объем двигательной активности снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия, глаза открывает неохотно, взгляд фиксирует. Иктеричность кожи 2-3 степени на бледном фоне, желтушное прокрашивание склер. Аускультативно: дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, определяется край селезенки. Мочеиспускания регулярные, моча светлая. Меконий отошел 2 раза в первые сутки жизни.

Уровень билирубина в возрасте 6 часов жизни составил 170 мкмоль/л за счет непрямого, в возрасте 28 часов – 367 мкмоль/л

ОАК: Hb – 122 г/л, RBC – $4,0 \times 10^{12}$ /л, MCH -33 пг, MCHC -335 г/л, RDW- 16,5%, MCV- 78 мкм³, PLT- $340,0 \times 10^9$ /л, WBC– $6,8 \times 10^9$ /л: п/я – 5%, с/я – 42%, э – 2%, л – 46%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/ч.

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. В чем заключается лечебно-диагностическая тактика на данном этапе?
3. Рассчитать объем трансфузионных сред для заменного переливания крови. Какой должна быть групповая и резус-принадлежность трансфузионных сред?
4. Назначьте вскармливание.
5. Возможные осложнения. Назовите стадии, прогноз билирубиновой энцефалопатии.
6. Укажите основные причины, факторы риска и приоритетные направления профилактики заболеваемости детей в раннем неонатальном периоде.

ЗАДАЧА 21

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Из анамнеза: первобеременная женщина 22 лет с 0(I) Rh-положительной группой крови родразрешилась в сроке 37-38 недель беременности живой доношенной девочкой с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, с массой тела 3000, длиной 52 см.

В середине первых суток жизни у ребенка появилась иктеричность кожи 1 степени с нарастанием до 3 степени к началу вторых суток.

При осмотре в возрасте вторых суток жизни состояние средней степени тяжести. Кожа иктеричная до 3 степени, чистая, сухая. Слизистые розовые чистые. Пупочный остаток в скобке, пупочное кольцо без воспалительных изменений. ЧД 40 в минуту, ЧСС 130 в минуту. Аускультативно: дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания регулярные, моча светлая. Стул мекониальный. Неврологический статус: реакция на осмотр и объем спонтанных движений умеренно снижены, мышечный тонус в форме дистонии, рефлексy новорожденного быстро истощаются, взгляд ясный. На грудном вскармливании, сосет из груди активно, не срыгивает.

Группа крови ребенка – B(III) Rh-положительная.

ОАК: Hb – 185 г/л, RBC – $5,6 \times 10^{12}$ /л, MCH -33 пг, MCHC -335 г/л, RDW- 16,5%, MCV- 78 мкм³, PLT- $340,0 \times 10^9$ /л, WBC – $6,8 \times 10^9$ /л: п/я – 5%, с/я – 42%, э – 2%, л – 46%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимический анализ крови уровень общего билирубина в конце 1-х суток жизни составил 130 мкмоль/л, непрямого 126 мкмоль/л, в динамике через 12 часов – общий билирубин 220 мкмоль, не прямой 214 мкмоль/л; общий белок – 52 г/л, глюкоза – 2,0 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, АЛТ – 14 ммоль/л.

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз. Провести дифференциальный диагноз с физиологической желтухой.
2. Каков почасовой прирост уровня билирубина в динамике? В чем заключается лечебно-диагностическая тактика на данном этапе?
3. Рассчитать объем трансфузионных сред для заменного переливания крови. Какой должна быть групповая и резус-принадлежность трансфузионных сред?
4. Возможные осложнения.
5. Укажите прогноз для данного ребенка и дайте рекомендации по дальнейшему ведению в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЗАДАЧА 22

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Мальчик К., 9 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 9-й день при патронаже педиатра выявлены пузырьковидные образования на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,5-37,7°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов — эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Результаты исследований:

ОАК: НЬ — 180 г/л, Эр — $5,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты — $270 \times 10^9/л$, Лейк — $17,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты — 3%, п/я — 13%, с -57%, л — 24%, м — 3%, СОЭ — 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 54 г/л, билирубин: не прямой — 55 мкмоль/л, прямой — 4 мкмоль/л, мочевины — 4,1 ммоль/л, холестерин — 3,7 ммоль/л, калий — 5,0 ммоль/л, натрий — 143 ммоль/л, кальций -2,3 ммоль/л, фосфор — 1,8 ммоль/л.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика поражения кожи у новорожденного.
3. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
4. Требуется ли данному ребенку антибактериальная терапия? Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии.
5. Необходимо ли передать эпидемиологический номер?

ЗАДАЧА 23

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Мальчик П., доношенный, масса тела при рождении 3430 г, рост 49 см, от 2 беременности, 2 родов. Выписан из родильного дома на 3 сутки жизни. Ранний неонатальный период без особенностей. На 14 сутки жизни на дом вызван участковый педиатр. Отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка. Выражен токсикоз, температура 37,8, сосет вяло, срыгивает молоком, живот вздут, мягкий, безболезненный, стул частый жидкий с примесью слизи и зелени. Ребенок госпитализирован в отделение патологии новорожденных.

При осмотре неонатологом в отделении отмечено, что кожа вокруг пупка гиперемирована, подкожная клетчатка отечна и возвышается над поверхностью живота. Отмечается «мокнутие» пупочного остатка. Вес ребенка на момент осмотра 3400 г.

ОАК: лейкоциты – 12×10^9 , палочкоядерные – 8%, сегментоядерные -28%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 58%, моноциты – 10%, СОЭ 6 мм/час.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Требуется ли назначение антибактериальной терапии? Обоснуйте необходимость её назначения.
4. Требуется ли динамический контроль ОАК и маркеров воспаления?

ЗАДАЧА 24

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Новорожденная девочка находится в отделении реанимации новорожденных. Родилась с оценкой по шкале Апгар 2/3 баллов, с массой тела 1450, длиной 44 см, на ИВЛ с рождения в связи с неэффективным спонтанным дыханием, перенесенной гипоксией тяжелой степени.

Из анамнеза: матери 30 лет, беременность первая, протекала на фоне умеренной преэклампсии, в сроке 27 недель ОРВИ, осложнившееся пневмонией с тяжелым течением, по поводу чего лечилась в стационаре, получила антибактериальную терапию. Роды преждевременные в сроке 31 недель, оперативные в связи с прогрессирующей фетоплацентарной недостаточностью.

Состояние в течение первых суток жизни тяжелое за счет клиники респираторного дистресс-синдрома на фоне глубокой недоношенности. На фоне лечения – заместительной сурфактантной терапии, инфузионной терапии с дофамином – состояние относительно стабилизировалось. Но в начале вторых суток жизни тяжесть состояния значительно усугубилась за счет прогрессирующей дыхательной недостаточности (появилась зависимость от параметров ИВЛ, требуется 100% концентрация кислорода), церебральной недостаточности – на фоне синдрома угнетения ЦНС появились тонические судороги. В динамике вторых суток жизни синдром угнетения ЦНС прогрессировал до комы – атония, арефлексия, реакция зрачков на свет отсутствует, также появились признаки сердечно-сосудистой недостаточности. Кожные покровы бледные, с серым колоритом, с выраженными нарушениями микроциркуляции, конечности прохладные, периоральный цианоз. На ИВЛ, при аускультации – дыхание аппаратное, проводится неравномерно по полям легких. Тоны сердца глухие, ритмичные, брадикардия – ЧСС 105/минуту, симптом «белого пятна» более 5 секунд. Живот вздут, но доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Анурия. Стул со слизью, непереваренный.

ОАК: WBC – $36,0 \times 10^9/\text{L}$ LRBC – $4,2 \times 10^{12}/\text{L}$ HGB – 163 g/L HCT – 40,8% MCV – 98 fL MCH – 34 pg MCHC – 392 g/L RDW – 20% PLT – $228 \times 10^9/\text{л}$ СОЭ – 3 мм/час. эоз. – 2% п/яд. – 18% сегм. – 54% миелоциты – 4% лимф. – 20% мон. – 4%

Исследование СМЖ: мутная, цитоз – 6000 в п/зр.: нейтрофилы – 83%, лимфоциты – 17%, белок – 2,5 г/л, реакция Панди + + + +.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: тотальное снижение пневматизации легочных полей, на фоне которого – более выраженное очаговое затемнение в верхней доле правого легкого.

Задание

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. Каковы антенатальные факторы риска и причины развития данной патологии? Особенности течения у недоношенных.
3. Оцените результаты проведенных исследований. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза, каков общий объем обследования?
4. Определите лечебную тактику.
5. Какие эпидемиологические мероприятия необходимо провести?

ЗАДАЧА 25

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Больной О. поступил в отделение реанимации новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, 1-й период родов — 12 часов, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 9 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2880 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, и для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно — дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 170 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: Hb — 180 г/л, Эр — $5,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромб — $108,0 \times 10^9/\text{л}$, Лейк — $7,3 \times 10^9/\text{л}$, миелоциты — 2%, метамиелоциты — 4%, п/я — 13%, с — 50%, э — 5%, л — 11%, м — 15%, СОЭ — 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 — 55 мм рт.ст., pCO_2 — 70 мм рт.ст., pH — 7,21, BE — -18 ммоль/л, AB — 9 ммоль/л, SB — 8 ммоль/л, BB-19 ммоль/л

Гемостазиограмма: фибриноген - 1,2 г/л, АЧТВ – 52 сек, ПТИ – 35%, ОФТ – РМК – 15 мг%, D-димер – 1,5 мг/л

Задание:

1. Предварительный диагноз, обоснование.

2. Каковы антенатальные факторы риска и причины развития данной патологии?
3. Оцените результаты проведенных исследований. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза, каков общий объем обследования?
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите с обоснованием стартовую антимикробную терапию.
6. Какие осложнения следует ожидать? Прогноз.
7. Медико-социальная значимость инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных.

ЗАДАЧА 26

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Мама 28-дневной девочки вызвала на дом врача педиатра с жалобами на отказ ребенка от еды, подъем температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от первой беременности, первых родов на 29 неделе. Ребенок перенес РДС первого типа, двое суток находился на ИВЛ, затем 5 суток на СРАР. Выписан на 21 сутки из отделения патологии новорожденных. Наблюдается у неонатолога, пульмонолога с диагнозом: Бронхолегочная дисплазия, классическая форма. Объективно: ребенок беспокойный, двигательная активность достаточная. Кожа на ощупь горячая, чистая, цианоз носо-губного треугольника. Носовые ходы чистые, крылья носа напряжены. В зеве – гиперемия. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД 78-80 в минуту, дыхание поверхностное, ритмичное, диспноэ по экспираторному типу, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура – межреберья, мышцы передней брюшной стенки. Перкуторно в легких тимпанический звук. При аускультации отмечается диффузно ослабленное дыхание, выслушиваются мелкопузырчатые влажные, местами крепитирующие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 145 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень +1,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул самостоятельный, ежедневный, желтый, кашицеобразный. Диурез не нарушен.

Задание:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика участкового педиатра.
3. Рекомендуемые исследования.
4. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.
5. Диспансеризация.
6. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА 27

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Участковый врач-педиатр на первичном патронаже новорожденного.

Девочке 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. При активном расспросе мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь. При осмотре педиатр отмечает снижение спонтанной активности ребенка, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова I степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы орального и спинального автоматизма вызываются, но снижены. Форма головы правильная, БР 3*3см, не напряжен. Мышечная гипотония. Носовое дыхание свободное.

При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 52 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 110 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Задание:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика участкового педиатра.
3. Рекомендуемые исследования.
4. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.
5. Диспансеризация.
6. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА № 28

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Новорожденный мальчик, гестационный возраст 38 недель, масса тела 2100 г., длина – 47 см, окружность головы – 32 см, окружность груди – 30 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.

Из анамнеза: матери 20 лет, студентка, учебу совмещала с работой до 36 недель беременности. Беременность первая, протекала на фоне отежной формы гестоза с 32 недель, в течение всей беременности отмечалась малая прибавка в весе, с 35 недель выявлена фетоплацентарная недостаточность. Роды в 38 недель самостоятельные, без осложнений.

При первом осмотре состояние ребенка средней степени тяжести за счет перенесенной гипоксии. Голова округлой формы, кости черепа плотные большой родничок 1,5х1,5 см, швы закрыты. Кожа розовая, чистая, сухая с крупнопластинчатым шелушением. Подкожно-жировой слой значительно снижен, контурируют ребра и суставы конечностей, эластичность и тургор тканей снижены. Лануго слабо выражено, ареола грудных желез хорошо выражена, сосок сформирован; исчерченность стоп хорошо выражена; ушная раковина сформирована, хрящ плотный; яички в мошонке. Неврологический статус: реакция на осмотр снижена, объем спонтанной двигательной активности снижен, объем пассивных движений достаточный, мышечный тонус в форме гипотонии, признаков периферических парезов в конечностях нет; рефлексы орального автоматизма выражены удовлетворительно, рефлексы спинального автоматизма отсрочены, быстро истощаются, патологических симптомов со стороны черепно-мозговых нервов нет. ЧД 40/мин., ЧСС 136/мин. Аускультативно: дыхание пуэрильное, проводится равномерно по всем полям легких, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень пальпируется на 2 см из-под края реберной дуги, эластичной консистенции. В процессе осмотра произошло мочеиспускание и отхождение мекония. Обращает внимание быстрое охлаждение ребенка.

ОАК: RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb – 160 г/л, MCH -33 пг, MCHC -335 г/л, RDW- 16,5%, MCV- 78 мкм³, PLT- $340,0 \times 10^9 /л$, WBC – $9,0 \times 10^9/л$: э – 4%, п/я – 2%, с/я – 39%, л – 45%, м – 10%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок 46 г/л, общий билирубин – 42 мкмоль/л за счет непрямого, глюкоза – 1,4 ммоль/л, натрий – 125 ммоль/л, калий – 3,0 ммоль/л, кальций общий – 1,5 ммоль/л.

Задание

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.

2. Оценить соответствие гестационному возрасту. Рассчитать дефицит массы тела, если средняя масса при 38 неделях гестации составляет 3145 граммов.
3. Оцените результаты проведенных исследований. Какие исследования еще показаны этому ребенку?
4. Обоснуйте тактику лечения и выхаживания для данного ребенка.
5. Дайте рекомендации по вскармливанию. Рассчитайте суточный и разовый объемы кормления.

ЗАДАЧА № 29

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Переношенный ребенок родился путем операции кесарево сечение с оценкой по шкале Апгар 1/3 балла, с массой тела 4500 г., длиной – 56 см, ОГ – 55 см, ОГр – 53 см. Матери 20 лет, беременность первая, протекала на фоне гестоза первой половины легкой степени, во втором и третьем триместре – без осложнений. Роды начались самостоятельно, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилось родоусиление окситоцином, на фоне которого на 20 часу родовой деятельности появилась резкая болезненность в нижней половине живота, в том числе и вне схваток, при кардиомониторинге плода зарегистрирована брадикардия 110\мин., через полчаса – 90\мин., в связи с чем проведено экстренное кесарево сечение, при котором было затруднено извлечение головки в связи с расположением ее в полости таза.

Состояние с рождения крайне тяжелое. В родовом зале проведен полный комплекс первичной реанимации, на фоне которой восстановилась сердечная деятельность и на ИВЛ ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных. В динамике первых суток жизни на фоне проводимых лечебных мероприятий состояние оставалось крайне тяжелым за счет комы. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, с нарушением микроциркуляции. ИВЛ во вспомогательном режиме, дыхание проводится равномерно по всем полям легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин., АД, сатурация O₂ в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Меконий отошел. Диурез снижен.

НСГ: резкое усиление эхогенности паренхимы со сдавлением боковых желудочков, подкорковые структуры дифференцируются нечетко, область задней черепной ямки высокоэхогенна, контуры и структура мозжечка не дифференцируются; при контрольном исследовании через сутки – признаки тромбообразования в области задней черепной ямки.

Задание:

1. Какой комплекс первичной и реанимационной помощи показан при такой оценке по шкале Апгар.
2. Ваш предварительный диагноз. Какие факторы способствовали реализации данного состояния?
3. Какой комплекс лечебно-диагностических мероприятий показан этому ребенку?
4. Какие еще возможны поражения при таком течении родов?
5. Укажите возможные исходы заболевания.

ЗАДАЧА № 30

УК-1, УК-2, ПК -1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Новорожденный мальчик 5-х суток жизни находится в отделении реанимации новорожденных. Родился с оценкой по шкале Апгар 1/4 балла, с массой тела 1200 г., длиной 43 см.

Из анамнеза: матери 32 года, страдает НЦД по гипертоническому типу, беременность 1, протекала на фоне гестоза тяжелой степени. Роды на 30-й неделе путем операции кесарево сечение в связи с отслойкой плаценты и акушерским кровотечением.

Состояние ребенка при рождении тяжелое за счет перенесенной гипоксии, гиповолемии на фоне акушерского кровотечения, РДС. В первый час жизни был установлен пупочный катетер для экстренного восполнения ОЦК. На фоне соответствующего комплекса лечебно-диагностических мероприятий состояние ребенка к 3 суткам стабилизировалось, появилось спонтанное дыхание, улучшился неврологический статус, усваивал необходимый объем энтерального кормления. Пупочный катетер удален на 4-е сутки жизни, для продолжения инфузионной терапии установлен периферический катетер. На 5 сутки жизни состояние ребенка резко ухудшилось за счет сочетанной органной недостаточности. Кожные покровы бледные, с серым колоритом, акроцианоз, выраженные нарушения микроциркуляции, обращает внимание обширная выраженная гиперемия пупочного кольца, пальпируется пупочная вена. На ИВЛ, дыхание проводится неравномерно, резко ослаблено, признаки дыхательной недостаточности – требуется 100% концентрация кислорода, при этом газовый состав крови нестабилен. ЧСС 105-112 в минуту, пульс нитевидный, артериальная гипотония. Неврологический статус: сопорозное состояние сознания, адинамия, резкая мышечная гипотония, арефлексия, на этом фоне периодические судорожные эквиваленты. Живот резко вздут, трудно доступен пальпации, энтеральное кормление не усваивает, в желудке застойное содержимое, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не определяется. Стул в небольшом количестве, зеленого цвета, разжиженный, со слизью. На 6-е сутки жизни прогрессирующая отрицательная динамика в состоянии за счет геморрагического синдрома в виде желудочно-кишечного кровотечения. Анурия.

ОАК: WBC – $28,0 \times 10^9/L$ RBC – $3,0 \times 10^{12}/L$ HGB – 130 g/L HCT – 40,8% MCV – 98fL MCH – 34 pg MCHC – 392 g/L RDW – 20% PLT – $140 \times 10^9/L$ СОЭ – 3 мм/час.

эоз. – 4% п/яд. – 20% сегм. – 50% юные – 6% лимф. – 20% мон. – 2%

Газовый состав и КЩС крови: pH – 7,30, pCO₂ – 50, pO₂ – 60; ABE – - 12, SBE – - 15.

Биохимический анализ крови: общ. белок – 48 г/л, глюкоза – 9,8 ммоль/л, общ. билирубин – 140 ммоль/л за счет непрямого, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций общий – 1,9 ммоль/л

Рентгенологическое исследование грудной клетки: обширное очаговое затемнение верхней доли правого легкого; брюшной полости: пневматоз кишечника

Задание

1. Предварительный диагноз? Какие факторы способствовали развитию заболевания? Каков допустимый срок стояния пупочного катетера? Какие еще существуют факторы риска?
2. Оцените результаты лабораторных исследований.
3. Оцените результаты рентгенологических исследований.
4. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение данному ребенку.
6. Показана ли вакцинация данному пациенту?