

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине НЕОНАТОЛОГИЯ
наименование
направление подготовки 31.06.01. КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
шифр, наименование
направленность ПЕДИАТРИЯ
шифр, наименование

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
очная / заочная

Н.Новгород
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «неонатология» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», направленность «педиатрия».

Текущий контроль по дисциплине «неонатология» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «неонатология» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «неонатология»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Медико-организационные вопросы оказания медицинской помощи новорожденным детям. Физиология и патология доношенного и недоношенного новорожденного ребенка	УК-1	Знать: методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в области неонатологии	опрос, задачки-кейсы, тестирование	Задачки-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Уметь: при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений	опрос, задачки-кейсы, тестирование	Задачки-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Владеть: навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	опрос, задачки-кейсы, тестирование	Задачки-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
2	Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и	УК-4	Знать: методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках	опрос, задачки-кейсы, тестирование	Задачки-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Уметь: методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках	опрос, задачки-кейсы, тестирование	Задачки-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Владеть: навыками анализа научных текстов на	опрос, задачки-	Задачки-кейсы 25;

	новорожденн ого. Нарушения метаболизма у новорожденн ых. Асфиксия плода и новорожденн ого Гнойно-воспалительн ые заболевания новорожденн ых Гипербилируб инемии у новорожденн ых Перинатальн ые поражения нервной системы Патология недоношенно го ребенка Интенсивная терапия в периоде новорожденн ости		государственном и иностранном языках	кейсы, тестир ование	Варианты тестовых заданий 20
3		ОПК-5	Знать: использовать лабораторное и инструментальное оборудование в своём научном исследовании	опрос, задачи-кейсы, тестир ование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Уметь: использовать лабораторное и инструментальное оборудование в своем научном исследовании	опрос, задачи-кейсы, тестир ование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Владеть: навыками использования современного лабораторного и инструментального диагностического оборудования в клинике неонатологического профиля	опрос, задачи-кейсы, тестир ование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
4	Анатомо-физиологичес кие особенности новорожденн ого ребенка Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционны е поражения плода и новорожденн ого. Нарушения метаболизма у новорожденн ых.	УК-5	Знать: этические нормы в профессиональной деятельности	опрос, задачи-кейсы, тестир ование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Уметь: использовать этические нормы в профессиональной деятельности	опрос, задачи-кейсы, тестир ование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
			Владеть: приемами и технологиями применения этических норм для решения профессиональных задач.	опрос, задачи-кейсы, тестир ование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20

	<p>Асфиксия плода и новорожденного.</p> <p>Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных.</p> <p>Гипербилирубинемии у новорожденных.</p> <p>Перинатальные поражения нервной системы.</p> <p>Патология недоношенного ребенка.</p> <p>Интенсивная терапия в периоде новорожденности.</p>				
5	<p>Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка.</p> <p>Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного.</p> <p>Нарушения метаболизма у новорожденных.</p> <p>Асфиксия плода и новорожденного.</p> <p>Гнойно-воспалительные</p>	ПК-5	<p>Знать: составление учебно-методических комплексов по актуальным темам неонатологии; правила подготовки презентаций к лекциям. Конституцию Российской Федерации; Законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителя и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; Теоретические основы избранной специальности. Правовые вопросы в перинатологии и Неонатологии. Вопросы этики и деонтологии в неонатологии. Принципы организации перинатальной и неонатологической медицинской помощи. Влияние патологических состояний и заболеваний матери на плод и новорожденного. Современные методы поддержки и пропаганды грудного вскармливания,</p>	опрос, задачи-кейсы, тестирование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20

заболевания новорожденных. Гипербилирубинемии у новорожденных. Перинатальные поражения нервной системы. Патология недоношенного ребенка. Интенсивная терапия в периоде новорожденности.		современные методы базовой помощи новорожденным, показания и противопоказания к вакцинации, национальный календарь прививок. Организацию скрининга на наследственные заболевания (неонатальный скрининг) и методику аудиологического скрининга. Элементы топографической анатомии, нормальную и патологическую физиологию новорожденных детей, включая особенности детей, родившихся с очень и экстремально низкой массой тела. Клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику нарушений и заболеваний, характерных для перинатального периода, методы их лечения и профилактики. Клиническое и фармакологическое обоснование использования лекарственных средств, применяемых при лечении новорожденных детей. Современные методы интенсивной терапии при различных заболеваниях и критических состояниях в неонатологии.		
		Уметь: составлять учебно-методические комплексы и подготавливать презентации к лекциям по актуальным темам педиатрии и неонатологии; готовность к определению у новорожденных детей патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	опрос, задачи-кейсы, тестирование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20
		Владеть: алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий методами педагогических приемов и	опрос, задачи-кейсы, тестирование	Задачи-кейсы 25; Варианты тестовых заданий 20

		разработки новых лекций, практических занятий; правилами подготовки презентаций к лекциям, составления учебно-методических комплексов по актуальным темам педиатрии и неонатологии		
--	--	--	--	--

Перечень оценочных средств

№	<u>Наименование оценочного средства</u>	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства (в фонде)
1.	<u>Кейс-задача</u>	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения	Задания для решения кейс-задачи
2.	<u>Собеседование</u>	Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.	Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы
3.	<u>Тестовые задания</u>	Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.	Фонд тестовых заданий

2. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике,	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

	<i>свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</i>	<i>конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат</i>	<i>базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач</i>	
--	---	--	---	--

Перечень оценочных средств

<i>№</i>	<i><u>Наименование оценочного средства</u></i>	<i>Краткая характеристика оценочного средства</i>	<i>Представление оценочного средства (в фонде)</i>
1.	<i><u>Кейс-задача</u></i>	<i>Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения</i>	<i>Задания для решения кейс-задачи</i>
2.	<i><u>Собеседование</u></i>	<i>Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.</i>	<i>Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/ экзаменационные вопросы</i>
3.	<i><u>Тестовые задания</u></i>	<i>Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.</i>	<i>Фонд тестовых заданий</i>

3. Оценочные средства (полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

Контролируемый раздел «Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Оценка параметров морфологического и физиологического развития новорождённого.
2. Анатомо-физиологические и психологические особенности новорождённого.
3. Оформление документации.
4. Оценка состояния здоровья новорождённого.
5. Правила ухода за новорождённым.
6. Выявление проблем новорождённого, связанные с дефицитом знаний, умений, навыков родителей.
7. Группы здоровья.
8. Схема первого дородового патронажа
9. Шкала Апгар
10. Организация уголка новорождённого
11. Алгоритм техники первого прикладывания и кормления грудью
12. 10 принципов успешного грудного вскармливания
13. Признаки правильного кормления грудью
14. Техника измерения массы тела

1.2. Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

ВЫБРАТЬ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

1. ПРИЗНАК ДОНОШЕННОСТИ

- 1) Масса тела 3200 – 3500 г
- 2) Масса тела более 2000 г
- 3) Окружность головы 44 – 55 см
- 4) Крик слабый, писклявый

2. ПРОЯВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) желтушное окрашивание кожи
- 2) вялость
- 3) тёмное окрашивание мочи
- 4) отказ от груди

3. ЛЕЧЕНИЕ НАГРУБАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ 130

- 1) повязки с антибиотиками на область молочных желёз
- 2) рыхлое пеленание
- 3) смазывание молочных желёз 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- 4) примочки на область молочных желёз

4. ПРИВИВКА НОВОРОЖДЁННЫМ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ПРОВОДИТСЯ ПРОТИВ

- 1) дифтерии
- 2) кори
- 3) туберкулёза
- 4) полиомиелита

5. ПРИВИВОЧНАЯ ДОЗА БЦЖ – М СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5 мг сухого вещества
- 2) 0,05 г
- 3) 0,025 мг
- 4) 0,05 мг

6. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЁННЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В %)

- 1) 1 – 2
- 2) 3 – 4
- 3) 6 – 8
- 4) 10 – 12

7. МАССА ТЕЛА У НЕДОНОШЕННОГО

- 1) 2, 6 кг
 - 2) 2 000г
 - 3) 3 500 г
 - 4) 2 800 г
- 131

8. ОСОБЕННОСТЬ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- 1) кожа дряблая, морщинистая
- 2) подкожно – жировой слой развит хорошо
- 3) малый родничок закрыт
- 4) ушные раковины расправлены

9. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЁННОГО МАЛЬЧИКА

- 1) половая щель зияет
- 2) большие половые губы закрывают малые
- 3) яички опущены в мошонку
- 4) яички не опущены в мошонку

10. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДОНОШЕННОЙ НОВОРОЖДЁННОЙ ДЕВОЧКИ

- 1) половая щель зияет
- 2) большие половые губы закрывают малые
- 3) яички опущены в мошонку
- 4) яички не опущены в мошонку

11. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) прикладывание к груди сразу после рождения
- 2) физиологическая эритема
- 3) определение группы здоровья
- 4) активные хаотичные движения

12. СРОК ГЕСТАЦИИ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 38 – 42 недели
- 2) 35 – 37 недель
- 3) 28 – 38 недель

132

4) 37 – 42 недели

13. ПРИЧИНА МОЧЕКИСЛОГО ИНФАРКТА

- 1) увеличение количества мочи
- 2) малое содержание солей мочевой кислоты в моче
- 3) большое содержание солей мочевой кислоты в моче
- 4) распад гемоглобина в эритроцитах

14. МЕКОНИЙ ВЫДЕЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) в первые 2- 3 дня
- 2) в течение первой недели
- 3) до 2 недель жизни
- 4) в течение первого месяца жизни

15. ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТЕ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЁННОГО ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

- 1) 21 - 22
- 2) 22 – 23
- 3) 23 – 24
- 4) 24 - 25

16. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЁННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) на 2 – 3 сутки
- 2) к концу первой недели
- 3) к 10 дню жизни
- 4) иногда к концу второй недели

17. ПРИЗНАК НЕДОНОШЕННОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) родовая опухоль
 - 2) мягкие ушные раковины
- 133

- 3) мышечный гипертонус
- 4) голова составляет $\frac{1}{4}$ длины тела

18. ПРИВИВКУ БЦЖ-М ДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЁННОМУ ДЕ- ЛАЮТ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 2 дней
- 2) с 3 по 7 день жизни
- 3) 10 дней
- 4) 1 месяца

19. ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эритемой кожных покровов
- 2) увеличением молочных желёз
- 3) убылью массы тела
- 4) повышением температуры тела

20. ПРАВИЛО ЗАКАЛИВАНИЯ

- 1) закаливание начинать во время болезни
- 2) нерегулярность
- 3) комплексное использование закаливающих факторов
- 4) принудительность

21. ПРАВИЛО ВВЕДЕНИЯ БЛЮДА – ПРИКОРМА

- 1) постепенно в течение 6 недель
- 2) весь недостающий объём
- 3) до кормления грудью
- 4) после кормления грудью

22. ПРИЗНАК ПЕРЕКОРМА

- 1) редкий стул
 - 2) регулярный стул
- 134

- 3) умеренное число мочеиспусканий
- 4) метеоризм

23. ПЕРВОЕ БЛЮДО ПРИКОРМА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

- 1) сок
- 2) овощное пюре
- 3) бульон с сухариком
- 4) тёртое яблоко

24. ВТОРОЕ БЛЮДО ПРИКОРМА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

- 1) сок
- 2) овощное пюре
- 3) 10% каша
- 4) мясо

25. ТРЕТЬЕ БЛЮДО ПРИКОРМА

- 1) сок
- 2) тёртое яблоко
- 3) 10% каша
- 4) мясо

26. СОСТАВ В – СМЕСИ

- 1) $\frac{1}{3}$ коровьего молока + $\frac{2}{3}$ слизистого отвара
- 2) $\frac{1}{2}$ коровьего молока + $\frac{1}{2}$ слизистого отвара
- 3) $\frac{2}{3}$ коровьего молока + $\frac{1}{3}$ слизистого отвара
- 4) $\frac{1}{4}$ коровьего молока + $\frac{3}{4}$ слизистого отвара

27. ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО БЛЮДА – ПРИКОРМА НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- 1) 2 мес
 - 2) 3 мес
- 135

- 3) 4 мес
- 4) 5 мес

28. КОЛИЧЕСТВО ТЁРТОГО ЯБЛОКА ДЛЯ РЕБЁНКА 5 МЕСЯЦЕВ, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ (В ГРАММАХ)

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 30
- 4) 50

29. МАКСИМАЛЬНЫЙ СУТОЧНЫЙ ОБЪЁМ ПИЩИ РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) 200 мл
- 2) 1 литр
- 3) 500 мл
- 4) 1 литр 200 мл

30. МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗОВЫЙ ОБЪЁМ ПИЩИ РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) 100 мл
- 2) 150 мл
- 3) 180 мл
- 4) 200 мл

31. ЧАСТЬ СУТОЧНОГО ОБЪЁМА ПИЩИ ОТ ВЕСА РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ОТ 2 – Х ДО 4 – Х МЕСЯЦЕВ

- 1) $1/5$
- 2) $1/6$
- 3) $1/7$
- 4) $1/8$

136

32. ВОЗРАСТ ВВЕДЕНИЯ ВТОРОГО БЛЮДА ПРИКОРМА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- 1) 6 мес
- 2) 3 мес
- 3) 4 мес
- 4) 5 мес

33. МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗОВЫЙ ОБЪЁМ КАШИ ДЛЯ РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) 100 г
- 2) 150 г
- 3) 200 г
- 4) 250 г

34. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО МЯСА ДЛЯ РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) 5 г
- 2) 10 г
- 3) 20 г
- 4) 40 г

35. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СОКА ДЛЯ РЕБЁНКА 4 МЕСЯЦЕВ

- 1) 100 мл
- 2) 60 мл
- 3) 40 мл
- 4) 200 мл

36. СОК, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ДЛЯ НАЧАЛА ВВЕДЕНИЯ

- 1) яблочный
- 2) сливовый
- 3) мандариновый

137

4) морковный

37. ПРАВИЛО ХРАНЕНИЯ ДЕТСКИХ ПРОСТЫХ СМЕСЕЙ

- 1) при комнатной температуре
- 2) в холодильнике
- 3) при температуре 37 градусов
- 4) 2 суток

38. КОЛИЧЕСТВО ПРИЁМОВ ПИЩИ В ВОЗРАСТЕ 1 – 1,5 ГОДА

- 1) 3 раза в сутки
- 2) 4 раза в сутки
- 3) 5 раз в сутки
- 4) 6 раз в сутки

39. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) таблицу вида вскармливания
- 2) центильные таблицы
- 3) таблицу ежемесячной прибавки массы тела
- 4) таблицу режимов дня

40. СРЕДНЯЯ ПРИБАВКА В ВЕСЕ У РЕБЁНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ

- 1) 400 г
- 2) 800 г
- 3) 1 кг
- 4) 600 г

41. СООТНОШЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ И ГРУДИ У РЕБЁНКА 3 – X МЕСЯЦЕВ

- 1) окружность головы равна окружности груди

138

- 2) окружность головы больше окружности груди на 2 см
- 3) окружность груди больше окружности головы на 2 см
- 4) окружность груди больше окружности головы на 4 см

42. ЧАСТОТА ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ ДО 1 ГОДА

- 1) 1 раз в 3 месяца
- 2) 1 раз в месяц
- 3) 1 раз в 2 месяца
- 4) 1 раз в 6 месяцев

43. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СЧИТАЕТСЯ НИЗКИМ, ЕСЛИ

- 1) показатель массы тела во 2 коридоре
- 2) показатель массы тела в 3 коридоре
- 3) показатель длины тела во 2 коридоре
- 4) показатель длины тела во 2 коридоре

44. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СЧИТАЕТСЯ ГАРМОНИЧНЫМ ЕСЛИ

- 1) разница максимального и минимального коридоров равна 1
- 2) разница максимального и минимального коридоров равна 3
- 3) разница максимального и минимального коридоров равна 2
- 4) разница максимального и минимального коридоров более 2

45. ЭПИКРИЗНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕРВНО - ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ РЕБЁНКА 6 МЕСЯЦЕВ

- 1) 3мес
 - 2) 2 мес
 - 3) 1 мес
 - 4) 2 недели
- 139

46. ВЕДУЩАЯ ЛИНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕРВНО - ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 1) игра
- 2) навыки
- 3) сенсорное развитие
- 4) умственное и нравственное развитие

47. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ НЕРВНО – ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ

- 1) с опережением развития на 3 эпикризных срока
- 2) с задержкой развития на 2 эпикризных срока
- 3) с задержкой развития на 3 эпикризных срока
- 4) с задержкой развития на 1 эпикризный срок

48. ЗАПАС СЛОВ В 1 ГОД СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 8 – 10
- 2) 3 – 4
- 3) 20 – 30
- 4) 1 – 2

49. СРОК НАЧАЛА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК

- 1) 9 лет
- 2) 11 лет
- 3) 14 лет
- 4) 15 лет

51. СРОК НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИЙ ОТ СРОКА НАЧАЛА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

- 1) через 6 мес
- 2) через 1 год
- 3) через 2 года
- 4) через 3 – 4 года

52. НАИБОЛЕЕ РАННЯЯ ГРАНИЦА ПОЯВЛЕНИЯ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ У МАЛЬЧИКОВ

- 1) 11 лет
- 2) 14 лет
- 3) 10 – 10,5 лет
- 4) 15 лет

53. GESTАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА (В НЕДЕЛЯХ)

- 1) 28 – 30
- 2) 32 – 34

- 3) 35 – 36
- 4) 38 – 40

54. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ НОВОРОЖДЁННОГО В 1 МИНУТУ

- 1) 15 – 20
- 2) 25 – 30
- 3) 40 – 60
- 4) 80 – 100

55. ДЫХАНИЕ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА

- 1) ритмичное глубокое
- 2) ритмичное поверхностное
- 3) аритмичное глубокое
- 4) аритмичное поверхностное

56. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ У НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) 30 – 40
- 2) 50 – 70
- 3) 80 – 100
- 4) 120 – 140

57. ОЦЕНКА ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР (В БАЛЛАХ)

- 1) 2 – 4
- 2) 5 – 7
- 3) 8 – 10
- 4) 10 – 12

58. ПРАВИЛО ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ

- 1) использовать стереотипные фразы
- 2) заменять трудные слова жестами
- 3) говорить с ребёнком правильно
- 4) подбирать книги в соответствии с возрастом

59. ОСОБЕННОСТЬ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) тонус сгибателей преобладает над тонусом разгибателей
- 2) тонус сгибателей и разгибателей одинаков
- 3) тонус разгибателей преобладает над тонусом сгибателей
- 4) мышечные волокна прочные, сократительная способность высокая

60. ВОЗРАСТ НАЧАЛА СМЕНЫ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ 142

- 1) в 3 – 4 года
- 2) в 4 – 5 лет
- 3) 5 – 6 лет
- 4) 6 – 7 лет

ВЫБРАТЬ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

61. КРИТЕРИИ ДОНОШЕННОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) Масса тела
- 2) Длина тела
- 3) Расположение пупка
- 4) Форма головы

62. ПРИЗНАКИ ДОНОШЕННОСТИ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) Большой родничок закрыт
- 2) Масса тела более 2500 г
- 3) Ногти полностью прикрывают ногтевое ложе
- 4) Длина тела более 45 см

63. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) Мочекислый инфаркт
- 2) Желтуха
- 3) Везикулопустулез
- 4) Эритема

64. ПРИЗНАКИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) У мальчиков яички не опущены в мошонку
- 2) Кожа морщинистая
- 3) Отсутствует сосательный рефлекс
- 4) Масса тела 2500 – 2900

65. ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ПОДСЧЁТА ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

- 1) во время сна
- 2) после пробуждения
- 3) при спокойном состоянии ребёнка
- 4) при возбуждении ребёнка

66. ЖИЗНЕННЫЕ ПОТРЕБНОСТИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА

- 1) обильное частое питьё
- 2) тугое пеленание
- 3) грудное вскармливание
- 4) согревание

67. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА

- 1) отставание в физическом развитии
- 2) отставание в психомоторном развитии
- 3) увеличение массы тела на 500 граммов ежемесячно
- 4) развитие эритемы

68. ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) имеет больше нервных клеток
- 2) богаче водой
- 3) головной мозг относительно велик
- 4) клетки мозга чётко дифференцированы

69. ГАРМОНИЧНОМУ РАЗВИТИЮ КОСТНО – МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЁНКА СПОСОБСТВУЮТ

- 1) мягкий матрац
- 2) гимнастика
- 3) массаж
- 4) тугое пеленание

70. ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ

- 1) создание положительных эмоций
- 2) проводить непосредственно перед кормлением
- 3) регулярность проведения
- 4) проводить сразу после кормления

71. КОСТНАЯ СИСТЕМА НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) богата водой
- 2) богата минеральными солями
- 3) склонна к деформациям
- 4) склонна к переломам

72. ПРОФИЛАКТИКА КОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ГРУДНОГО РЕБЁНКА

- 1) гимнастика, массаж
- 2) высаживание в подушки
- 3) жёсткая постель без подушек
- 4) мягкая постель

73. ПРОФИЛАКТИКА КОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

- 1) ношение ранца
- 2) ношение портфеля
- 3) использование мебели по росту
- 4) переносимый груз распределять на 2 руки

74. АНАТОМО – ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) эпидермис ранимый, легко отслаивается
- 2) потовые железы функционируют с момента рождения
- 3) сальные железы не выделяют секрета
- 4) кожа богато кровоснабжена

75. АНАТОМО – ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) бронхи, трахея узкие
- 2) голосовая щель широкая
- 3) лёгкие эластичные, воздушные
- 4) слизистые богато кровоснабжены

76. АНАТОМО – ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) высокая концентрационная функция
- 2) дольчатое строение
- 3) извитые почечные канальцы
- 4) гипотония мочеточников

77. АНАТОМО – ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛОСТИ РТА НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) большой объём
- 2) большой язык
- 3) хорошо развитые слюнные железы
- 4) недостаточное слюноотделение

78. ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЁННОГО

- 1) высокая кислотность
- 2) низкая ферментативная активность
- 3) высокая барьерная функция
- 4) низкая переваривающая способность

79. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПАТРОНАЖ К НОВОРОЖДЁННОМУ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) осмотр ребёнка
- 2) оценка состояния матери
- 3) оценка социальных условий
- 4) выполнение назначений врача

80. В ДЕТСКОМ ПИТАНИИ РАЗРЕШЕНЫ МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ

- 1) свинина
- 2) баранина
- 3) говядина
- 4) утка

1.3. Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
---	---	---

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Недоношенный ребёнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью.</p> <p>Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 148 ударов в минуту.</p> <p>На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.</p> <p>Скорость диуреза – 0,3 мл/кг/час.</p> <p>Данные КОС: рН крови – 7,2, рО₂ – 45 мм рт. ст., рСО₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 28 недель гестации.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины, срока гестации 28 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.</p> <p>Недостаточность кровообращения II a степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.</p> <p>Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 75 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Сильвермана 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.</p> <p>Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 28 недель.</p>
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
Э	-	Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?
Э	-	Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов - одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов - ингибиторов циклооксигеназы. Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	19
Ф	A/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в

	V/01.8 C/01.8	родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок К., из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, кольпитом, острым гестационным пиелонефритом. Роды -1-е, в 30 недель беременности путем экстренной операции кесарева сечения двойней. Безводный промежуток 12 часов. Вод не было, гнилостный запах. Матери 22 года, страдает гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, аднекситом, в анамнезе невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности). Акушерский диагноз: Преждевременные роды 1 в 30 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Дородовое излитие околоплодных вод. Монохориальная диамниотическая двойня. Неиммунная водянка 1 плода, антенатальная смерть. Ангидроамнион 2 плода. Невынашивание. Гипертоническая болезнь. Острый гестационный пиелонефрит. ВУИ. Многоводие 1 плода.</p> <p>Девочка К., вторая из двойни, масса при рождении - 1200 г, рост – 38 см, окружностью головы – 28,5 см, груди – 24,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет синдрома угнетения. В родовом зале проведена санация верхних дыхательных путей, желудка, ИВЛ мешком Амбу через маску в течение 4-х минут. После реанимационных мероприятий появился слабый крик. При осмотре выявлены некрозы тканей головы, ног, поясничной области. Дыхание ослабленное, единичные крепитирующие хрипы, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, ЧД 64 в 1 мин. Получала комплексную интенсивную терапию – ранний назальный СРАР, антибактериальную, инфузионную, минимальное энтеральное питание. Через 6 часов после рождения отмечен эпизод артериальной гипотонии. Клинический анализ крови: Нб 145 г/л, Эр. 3,6·10¹²/л, ЦП 0,99, Тромб. 85·10⁹/л, Лейк. 5,5·10⁹/л, миелоциты 5%, п/я 10 %, с 43 %, л</p>

		34 %, м– 8 %, СОЭ – 6 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов +++. НСГ – незначительный перивентрикулярный отек.
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	Учитывая, что новорожденная девочка от матери с хронической соматической патологией (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит), высоким инфекционным индексом (аднексит, кольпит, пиелонефрит), репродуктивными потерями в анамнезе (выкидыши, смерть 1-го новорожденного из двойни), осложненным течением беременности двойней с угрозой прерывания, родилась в 30 недель гестации путем экстренной операции кесарева сечения с длительным безводным промежутком, практически без околоплодных вод, с гнилостным запахом, внутриутробно инфицированной, с задержкой внутриутробного развития, с множественными гемангиомами, в асфиксии средней тяжести, с респираторными расстройствами, синдромом угнетения; явления артериальной гипотонии через 6 часов после рождения, выявленный анемический синдром, лейкопению со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопенией, данные НСГ, можно поставить диагноз: Основной: Респираторный дистресс-синдром новорожденного Конкурирующий: Ранний неонатальный сепсис. Септический шок. Сопутствующие: 1.Церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения ЦНС. 2.Анемия средней тяжести. Фон: Недоношенность 30 нед. ЗВУР 1 ст., диспластический вариант. Вторая из двойни. Асфиксия средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Какова тактика ведения новорожденного?
Э	-	АИВЛ. Стартовые параметры: FiO2 0,3-0,4, Tin 0,3-0,35с, РЕЕР 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РІР 16-30см вод. ст., поток 2-3л/мин/кг. Провести восполнение ОЦК. Тест с разовой объемной нагрузкой 0,9% раствором натрия хлорида в дозе 12 мл (10 мл/кг) в течение 10 минут, затем продолжить введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 12 мл в течение 20 минут до достижения объема 20 мл/кг. Включить в комплексную терапию постоянную инфузию добутамина 8 мкг/мин (2-10кг/кг/мин). Согревание в кувезе с t 36,6°С. Проводить инфузионную терапию в объеме 80 мл/кг/сут – 4 мл/час. Проводить коррекцию ацидоза, гипогликемии, гипомагниемии. Антибактериальная терапия. Минимальное энтеральное питание. В лечении добавить пентоглобин 5 мл/кг/сут в течение 3-х дней или через день со скоростью 1,7 мл/кг/час. Поставить на учет в ОРИТ.
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Проведите дифференциально-диагностические мероприятия.
Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах рентгенологического исследования. Следует дифференцировать с сепсисом пневмонией, транзиторным тахипноэ новорожденных, синдромом аспирации мекония.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите противопоказания для терапии сурфактантом.
Э	-	Легочное кровотечение Отек легких Артериальная гипотензия или шок Гипотермия Декомпенсированный ацидоз
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте питание ребёнку.
Э	-	Полное парентеральное питание. Потребность в энергии в 1-ые сутки – 20 ккал/кг/сут. (24 ккал). В 100 мл 10% глюкозы содержится 34 ккал, 24 ккал – в 71 мл. Поэтому в составе инфузионной терапии должно быть не менее 71 мл 10% глюкозы. Подключить белок и липиды по физ.потребности.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	26
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Родился мальчик В. на 29-й неделе гестации с массой тела 900 г., длиной тела 33 см, окружность головы 25 см, окружность груди 22 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Старт- рефлексы угнетены. Температура тела 36,2° С. Кожа багрово красная, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Асфиксия средней тяжести. Недоношенность 27 недель. Экстремально низкая масса тела.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Назначьте мероприятия по ведению (респираторная поддержка, режим пребывания и питания, обследование, мониторинг).
Э	-	Респираторная поддержка: Интубация трахеи. Перевод на АИВЛ. Введение курсурфа 200 мг/кг. Пребывание: Поместить в кувез в отделение недоношенных новорожденных с температурой в палате 26-28°С., в кувезе 34-35,4С. Влажность в кувезе – в первые дни 98-95%., с постепенным снижением до 65%. Питание: Парентеральное питание. Минимальное энтеральное питание Обследование: Клинический анализ крови, группа крови. Гликемия (каждые 4 часа) Билирубин крови. Клинический анализ мочи. Клинический анализ кала. Посевы, КОС, Нейросонография, Мониторинг: Температура тела, Сатурация кислорода, ЭКГ, АД, Скорость почасового диуреза.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Укажите причины недоношенности новорожденных.
Э	-	1) Социально-экономические факторы: профессиональные вредности уровень образованности родителей желанность беременности курение употребление алкоголя и/или наркотиков 2) Социально-биологические факторы: возраст субклиническая инфекция и бактериальное носительство предшествующие аборты «дефицитное» питание 3) Клинические факторы: экстрагенитальные заболевания матери АФС хронические заболевания мочеполовой системы у матери оперативные вмешательства во время беременности психологические и физические травмы и другие патологические состояния; гестоз

		ЭКО Многоплодная беременность
P2	-	Причины патологического состояния оценены верно.
P1	-	Причины патологического состояния оценены неполностью
P0	-	Причины патологического состояния оценены полностью неверно.
B	4	Назовите анатомо-морфологические признаки недоношенности.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> •Кожа (цвет, толщина, прозрачность) •Лануго •Исчерченность кистей и стоп •Величина грудных желез, ареол сосков •Податливость ушных раковин •Развитие половых органов и нейро-мышечных признаков недоношенности по шкале Боллард: •Поза младенца (степень преобладания тонуса сгибателей) •Квадратное окно (запястье) •Ответная реакция руки •Подколенный угол •Симптом «шарфа» •Притягивание пятки к уху
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите метод вскармливания.
Э	-	<p>Парентеральное питание выполнять 5-10% раствором глюкозы в объеме 80 мл/кг и аминокислот 2,2 г/кг в первые сутки.</p> <p>Через 8 часов назначить трофическое питание. Энтерально из расчета 2 мл с интервалом 2 часа молозива или Симилак неосур через шприцевой насос.</p> <p>Общий объем жидкости за первые сутки – 80 мл, за вторые – 100 мл, за третьи сутки 130 мл.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	31
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный мальчик К., масса – 800 гр., длина тела – 37 см., окружность головы 24 см, окружность груди 23 см. Спонтанное дыхание не эффективное, в родовом зале сразу же интубирован, проводится ручная вентиляция мешком Амбу. Частота сердечных сокращений 116-110 в 1 минуту, оценка по шкале Апгар – 3/5 баллов. Из анамнеза известно, что матери 30 лет, страдает сахарным диабетом с детства. Беременность 5, роды третьи. Ребенок от первой беременности – 10 лет, здоров. 2-3 беременности – мед.аборты. Данная беременность протекала с тяжелым гестозом. Лечение в стационаре, УЗИ-скрининг проведен, патологии в/у развития плода не отмечено, выявлено многоводие. Роды преждевременные путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой плаценты, кровотечением у матери в 27 недель.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Недоношенность 27 недель. ЭНМТ. Асфиксия новорожденного, тяжелая.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите стартовые параметры аппаратной ИВЛ (на первые 15-20 минут).
Э	-	Стартовые параметры ИВЛ (на первые 15-20 минут) для ДЭНМТ: концентрация кислорода (FiO2)30-40%. Поток воздушно-кислородной смеси (Flow) –2-3л/мин/кг. Время вдоха (Ti) –0,3-0,35сек. Частота дыхания (Rate) – 60 в 1 мин. Пиковое давление вдоха (Pip) – 16-30см H2O. Положительное давление в конце вдоха (PEEP) - +4+5 см H2O
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Назначьте курсурф.
Э	-	Профилактическое введение курсурфа в первые 20 минут жизни, после начала АИВЛ. Доза 200 мг/кг.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

В	4	Назовите факторы риска РДС у данного пациента.
Э	-	Гестационный возраст ребенка 27 недель Сахарный диабет у матери Кровотечения у беременных Кесарево сечение Перинатальная асфиксия Мужской пол новорожденного
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	5	Укажите факторы, снижающие риск РДС у недоношенных.
Э	-	Длительный безводный промежуток Задержка внутриутробного развития Состояния, вызывающие хронический стресс (наркомания, артериальная гипертензия у матери и др.) Лечение беременной глюкокортикоидами
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденная девочка М. родилась в 30 недель, роды стремительные, масса тела 1320 г., длина 37 см., кожа красно-цианотичная, акроцианоз, диффузная мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, крик слабый ("писк"). Грудная клетка расправлена неравномерно, уплощена, на вдохе отмечается втяжение межреберных промежутков, ЧДД -40 - 70/мин., периодически приступы апноэ по 6-8 секунд, периодически – дыхание по типу гаспс. Перкуторно звук над лёгкими «пёстрый»: местами укорочен, местами - с коробочным оттенком, границы сердца расширены, больше вправо. Аускультативно: дыхание ослаблено. Тоны сердца - приглушенные, ЧСС -120-144/мин.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной диагноз: РДС 1 типа. Фон: недоношенность III степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите причину состояния.
Э	-	Дефицит сурфактанта. Незрелость лёгких и дыхательного центра. Недостаточное расправление лёгких.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

В	3	Определите прогноз.
Э	-	При отсутствии осложнений - при хорошем уходе и адекватной терапии с 7-х суток жизни состояние начинает улучшаться - прогноз благоприятен.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
В	4	Составьте план ведения.
Э	-	АИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции, введение курасурфа с интервалом 12 часов 200 мг/кг двукратно с первым введением в первые 2 часа жизни появления ДН, инфузионная терапия из расчета 60 мл/кг/сут, минимальное энтеральное кормление, мониторинг.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	5	Укажите формулу расчета нормального артериального давления у недоношенных новорожденных.
Э	-	АД среднее недоношенного = гестационный возраст (нед.) + 5 = мм рт.ст.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	33
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	34
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный 1450 г., длина 41 см., оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу после санации верхних дыхательных путей. Роды на 32 неделе гестации. После "туалета новорожденного", его перенесли в палату новорожденных, состояние оценивалось средней тяжести за счет перенесенной внутриутробной гипоксии, недоношенности. Через 2 часа стала нарастать одышка (до 65/мин.)

В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной диагноз: РДСН. Фон: недоношенность 32 нед.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?
Э	-	Анализ крови на КОС (рН, PO ₂ , PCO ₂), R-графия грудной клетки, пульсоксиметрия, мониторинг АД, ЧСС, ЧД, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, НСГ, УЗИ внутренних органов, бактериологическое исследование (посевы из наружного ушного прохода, крови, мочи, кала, трахеи).
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Укажите алгоритм респираторной поддержки.
Э	-	Кислородная палатка Назальный СРАР АИВЛ
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте питание.
Э	-	Энтеральное питание через зонд молозивом или специализированной смесью для недоношенных (Симилак особая забота, Пренан) Парентеральное питание с первого часа жизни с включением 5-10% раствора глюкозы, аминокислот.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Опишите анатомо-физиологические особенности дыхательной системы недоношенного.
Э	-	Незрелость Верхние дыхательные пути узкие Диафрагма расположена относительно высоко Грудная клетка податлива Ребра расположены перпендикулярно к груди Дыхание поверхностное, ослабленное ЧДД 20-72/мин Объем дыхания снижен Ритм дыхания периодический Недостаточное развитие альвеол, капиллярной сети легких

		Толстые альвеолокапиллярные пространства Снижено содержание сурфактанта Низкая растяжимость легких
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	34
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	35
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Несмотря на правильную организацию ухода, питания, у недоношенного новорожденного, родившегося в 31 неделю гестации с массой 1450 г. на 2 и 3 сутки жизни участились периоды апноэ, которые вначале длились по 5-7секунд, удлиннились до 18-20секунд. В момент апноэ появился общий цианоз, урежение сердцебиений до 100 и реже в минуту, нарастала адинамия, вялость. При осмотре отмечалась кожная гиперестезия, неадекватно высокие нотки плача. Дополнительное обследование не подтвердило наличие внутричерепной и спинальной травмы и эпизодов гипогликемии, как причину периодов апноэ и других сопутствующих изменений. На ЭКГ выявилось удлинение изоэлектрического интервала от конца желудочкового комплекса до начала зубца Т, сам зубец Т не изменён.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Апноэ недоношенных. Фон: недоношенность 31 неделя. ОНМТ. Гипокальциемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите причину таких состояний
Э	-	Причина апноэ недоношенных новорожденных - незрелость центральных структур, регулирующих дыхание, длительным апноэ способствуют: внутричерепная родовая травма, спинальная травма, сепсис, гипогликемия, электролитные расстройства (гипомагниемия, гипокальциемия, гипермагниемия).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Определите стратегию респираторной поддержки.
Э	-	Не нуждается. Наблюдение.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте медикаментозную терапию.
Э	-	Кофеин 10 мг/кг (14 мг) per os – доза насыщения, через 24 часа 2,5

		мг/кг (3,6 мг данному пациенту) кофеина дают 1 раз в сутки.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Определите прогноз новорожденных с этим состоянием.
Э	-	При адекватной и своевременной ИВЛ, правильной коррекции электролитного состояния, назначении ноотропных препаратов и стимуляции дыхательного центра, правильном выхаживании и организации питания - благоприятен.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
H	-	35
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	36
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)

Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Однородные близнецы Н. I и Н. II. Из анамнеза известно, что матери 25 лет. Настоящая беременность I, протекала без патологии. Роды на 37-й неделе беременности, двойней. 1-й период родов 9 часов 00 минут, 2-й- 35 минут, безводный промежуток - 3 часа. Масса тела при рождении I близнеца 1860 г, длина - 43 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов; второго - 2530 г, 47 см и 7/8 баллов соответственно.</p> <p>При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожа ярко розовая, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы умеренный синдром угнетения.</p> <p>При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка Hb составил 136 г/л, Ht - 42%; у 2-го ребенка Hb составил 256 г/л, Ht - 75%.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Фето-фетальная (межблизнецовая) трансфузия. У донора-близнеца– постгеморрагическая анемия. У реципиента-близнеца– полицитемический синдром.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
Э	-	<p>2.Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?</p> <p>1) Клинический анализ крови с подсчетом числа ретикулоцитов и цветового показателя</p>

		<p>2) Определить уровень артериального давления.</p> <p>3) Исследовать уровень ОЦК.</p> <p>4) Определять почасовой диурез, особенно у донора-близнеца (опасность развития олигурии, при которой диурез менее 1 мл/кг/ч).</p> <p>5) Оптимальным является мониторинг КОС, гликемии, гематокрита и электролитов крови до 4 раз в сутки.</p> <p>6) У близнеца-реципиента из-за полицитемического синдрома имеется риск развития кровотечения, тромбоза вен, сердечной недостаточности и отёка лёгких, поэтому следует исследовать систему гемостаза, ЭКГ, провести доплер-эхокардиографию сосудов лёгких и головного мозга.</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ, и чем они обусловлены?
Э	-	У близнеца-донора можно ожидать ишемические проявления на НСГ. Из-за полицитемии, развития тромбозов и гипертензии у второго близнеца (реципиента) возможны пери- и интравентрикулярные кровоизлияния.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?
Э	-	У близнеца-реципиента имеется риск развития кровотечения, тромбоза вен, сердечной недостаточности, отёка лёгких, некротизирующего энтероколита, гипербилирубинемии. У донора-близнеца - развитие постгеморрагического шока, РДС, постгипоксического поражения ЦНС.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
Э	-	Так как у донора-близнеца при рождении выражена анемия, то ему возможно после повторного определения Hb и Ht понадобится провести в ближайшие часы после рождения трансфузию эритроцитарной массы. У реципиента-близнеца целесообразно купировать полицитемический синдром путём операции обменного переливания плазмы.

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	36
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	37
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка П., родилась в 36 недель беременности, путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Масса тела ребенка при рождении 2750 г, длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 3\7 баллов. В связи с чем проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии с тяжестью асфиксии.</p> <p>При осмотре в палате интенсивной терапии состояние ребенка расценено как тяжелое, за счет церебральной, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, обращало на себя внимание: диффузная мышечная гипотония, гипорефлексия, бледность кожи и слизистых оболочек, симптом бледного пятна 5 секунд, ЧСС до 180 ударов в минуту, АД 50/35 мм рт.ст., приглушенность сердечных тонов при аускультации и нежный систолический шум, стонущее дыхание. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>При исследовании по cito периферической крови уровень Hb составил 160 г\л.</p>
В	1	Поставьте диагноз и обоснуйте.
Э	-	<p>Учитывая, что девочка родилась в 36 недель путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что привело к кровотечению у матери, с массой тела 2750 гр, длиной 50 см, оценкой по шкале Апгар 3\7 баллов, выраженную мышечную гипотонию, гиподинамию, бледность, симптом бледного пятна более 5 секунд, тахикардию, артериальную гипотонию, приглушенность сердечных тонов, систолический шум, стонущее дыхание, снижение гемоглобина, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Острая постгеморрагическая анемия вследствие преждевременной отслойки плаценты, тяжелая. Постгеморрагический шок.</p> <p>Фон: Недоношенность 36 недель. Асфиксия новорожденного средней тяжести.</p>
Р2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
Р1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Назначьте обследование.
Э	-	Клинический мониторинг (осмотр, СБП, измерение диуреза, контроль веса)

		<p>Аппаратный мониторинг (термометрия, ЧД, SaO₂, ЧСС, АД, ОЦК) Лабораторный мониторинг:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клинический анализ крови в динамике с определением числа эритроцитов, гематокрита, цветного показателя (нормохромная или гиперхромная ранняя анемия, гипохромная поздняя) и числа ретикулоцитов (норморегенераторная, гипорегенераторная, гиперрегенераторная анемия). 2. Определение группы крови и Rh-фактора 3. Определение фетальных эритроцитов в крови матери (окраска мазков крови по Клейнхауэру-Бетки). 4. Б/х анализ крови (белок, билирубин, электролиты, гликемия) 5. КОС (рН, рО₂, рСО₂) Нейросонография и УЗИ органов брюшной полости (кровоизлияния)
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Окажите неотложную помощь.
Э	-	Температурная поддержка – кувез 36°C, влажность 60%. Респираторная поддержка – АИВЛ. Восполнение ОЦК – 0,9% раствор натрия хлорида 28 мл в течение 10 минут, затем 28 мл в течение 20 минут. Инотропная поддержка – допамин 8 мкг/кг/мин. Заместительная терапия – свежезамороженная плазма 20 мл/кг, эритроцитарная масса 10-15мл/кг Коррекция ацидоза Полное парентеральное питание. Коррекция электролитных нарушений, гипогликемии.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите основные симптомы острой кровопотери.
Э	-	Внешний вид: бледность, гипертревожность; Сердечно-сосудистая система: тахикардия, слабый пульс, низкое АД; Дыхательная система: тахипноэ; Содержание гемоглобина в крови: нормальное, снижается за 24 часа; Морфология эритроцита: макроцитарные, нормохромные; Содержание железа: норма.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите показания для переливания эритроцитарной массы у

		новорожденных детей в 1-3-й день жизни.
Э	-	НЬ меньше 100 г/л с симптомами анемии НЬ меньше 130 г/л у детей с тяжелой респираторной недостаточностью НЬ меньше 130 г/л при рождении Потеря 5-10%ОЦК Анемия с сократительной сердечной недостаточностью
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	37
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	38
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям

Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик М., родился на 30 неделе гестации с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Масса тела при рождении 1320 г. Переведен на 2-й этап выхаживания. В конце 3-й недели жизни появилась бледность кожных покровов, пастозность тканей. Отмечалось вялое сосание и тенденция к уплощению весовой кривой. Двигательная активность снижена. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца.</p> <p>Клинический анализ крови на 18-й день жизни: Hb-72 г/л, эр-$2,2 \times 10^{12}$/л, Ret. 20%, tr-450×10^9/л, L-$7,4 \times 10^9$/л, п-3%, с-40%, л-50%, м-7%, СОЭ-7мм/ч, анизцитоз+++ , пойкилоцитоз ++. Эр в окр. мазке имеют «шиповидные отростки».</p> <p>Кровь у ребенка 0(I) гр, Rh(+).</p> <p>Биохимический анализ крови: непрямой билирубин – 53 мкмоль/л, прямой билирубин - нет, АЛТ-0,54, АСТ-0,67.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Анемия недоношенного ребенка. Фон: Недоношенность 31 неделя. Асфиксия средней тяжести. ЗВУР 1 ст., гипотрофический вариант.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Составьте план дальнейшего обследования.
Э	-	Клинический анализ крови в динамике Б\х анализ крови (общий белок, билирубин и фракции, сывороточное железо, ОЖСС) УЗИ селезенки и печени Исследование осмотической резистентности эритроцитов Общий анализ мочи ЭКГ, ЭхоКГ, НСГ
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью

P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Назначьте лечение.
Э	-	Выхаживание в кувезе. Вскармливание молоком матери с усилителем или адаптированными смесями для недоношенных (Симилак особая забота, Пренан). Отмытые эритроциты 0(I) гр, Rh(+) – 15 мл.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Определите показания для переливания эритроцитарной массы.
Э	-	Уровень гемоглобина ≤ 100 г/л (до 7-го дня жизни) Уровень гемоглобина ≤ 80 г/л (с 7-го дня жизни по 21-й) Уровень гемоглобина ≤ 70 г/л (у недоношенных старше 3 недель) Ht < 30%
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Укажите формулу для расчета объема эритроцитарной массы.
Э	-	$V_{\text{эр.массы}} = (Ht_{\text{должный}} - Ht_{\text{пациента)}) : Ht_{\text{эр.массы}} \times m \text{ (кг)} \times 80$ мл.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	38
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	39
Ф	А/02.8 В/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	А/03.8 В/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденная девочка К. родилась от матери 25 лет от 1-й беременности, протекавшей на фоне гестоза, анемии средней степени тяжести, первых родов в 30 недель беременности. Мать страдает анемией. Роды путем операции кесарева сечения. Плацента мультидольчатая с множественными гематомами. Ребенок родился с массой 1300 г, длиной 38 см с оценкой по шкале Апгар 5/7баллов. Состояние с рождения тяжелое за счет дыхательной и церебральной недостаточности. Проводится АИВЛ, введен курорсурф, получает комплексную терапию. С1-ых суток жизни - бледность кожных покровов и слизистых оболочек, отечность внизу живота, ЧСС 170 ударов в минуту, на верхушке выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень 2,0 см; 2 см; ½, селезенка на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги.

		Клинический анализ крови на 1-й день жизни: Hb-90г/л, эр-2,8 x10 ¹² /л, ЦП - 0,7; Ht 0,3; Ret. 30% ₀ , tr-350*10 ⁹ /л, Le-12,4*10 ⁹ /л, п-5%, с-56%, л-32%, м-6%, СОЭ-3мм/ч, микроцитоз ++++. Кровь у ребенка А(II) группа, Rh(+). НСГ – двустороннее кровоизлияние внутрижелудочковое 2 ст. Поставлен диагноз: Гипоксически-геморрагическое поражение головного мозга. ВЖК 2 ст. двусторонние. Сопутствующие: 1.РДСН. 2.Хроническая постгеморрагическая анемия, тяжелая. Фон: Недоношенность 30 недель. Асфиксия средней тяжести.
В	1	Укажите причины хронической постгеморрагической анемии у данного пациента.
Э	-	Анемия у матери Отягощенный акушерский анамнез Мультидольчатая с множественными гематомами плацента. Внутрижелудочковые кровоизлияния
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Составьте план дальнейшего обследования.
Э	-	Окраска по методу Клейхауэра-Беткемазка материнской крови Клинический анализ крови с подсчётом числа гематокрита, ретикулоцитов, цветового показателя, морфология эритроцитов в динамике Уровень артериального давления ОЦК Почасовой диурез Мониторинг КОС Биохимический анализ крови: гликемия, общий белок, билирубин (прямой и непрямой), АЛТ, АСТ и электролиты крови, железо, ОЖСС, трансферрин, % насыщения трансферрина, ферритин. исследование системы гемостаза ЭКГ, ЭхоКС, доплер-эхокардиография сосудов лёгких и головного мозга, НСГ в динамике
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Укажите референсные значения железа в сыворотке крови, ОЖСС, трансферрина, % насыщения трансферрина, ферритина.
Э	-	Железо, мкмоль/л – (7,16 – 17,9) ОЖСС – (N – менее 60) трансферрина, г/л – (2,03 – 3,6) % насыщения трансферрина, % – (10 – 50) Ферритин, мкг/л – (200 – 600)

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Назначьте лечение.
Э	-	Выхаживание в ОРИТ Энтеральное и парентеральное питание АИВЛ Вазопрессорная терапия Диуретики Заместительная терапия эритроцитарной массой А(II) группы, Rh(+) Заместительная терапия препаратами железа: 6 мг/кг в сутки Fe [III] гидроксид полимальтозата + фолиевой кислоты в течение 3 месяцев, Или Железа [III] гидроксид полимальтозата внутрь в каплях по 2 мг/кг в сутки в течение 4-6 недель Рекомбинантный эритропоэтин: Эпоэтин альфа п/к 200 мг/кг 1 раз в 3 суток 4-6 недель.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Определите показания для переливания эритроцитарной массы.
Э	-	При хронической кровопотере: Уровень гемоглобина ≤ 100 г/л (до 7-годия жизни) Уровень гемоглобина ≤ 80 г/л (с 7-годия жизни по 21-й) Уровень гемоглобина ≤ 70 г/л (у недоношенных старше 3 недель) Ht $< 30\%$
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	39
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	40
Ф	А/02.8 В/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	В/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденная девочка П., башкирка, из анамнеза: беременность - 4-я, роды - 2. Третья и четвертая беременности - антенатальная гибель плодов (21 и 20 недели соответственно), в обоих случаях - водянка плода из-за тяжелой анемии. Первые роды закончились рождением ребенка с генерализованными отеками, асцитом, гепатомегалией, умеренной спленомегалией. Умер в возрасте 5 суток. Настоящая беременность протекала без патологии. Роды в 40 недель. Состояние ребенка с рождения ближе к удовлетворительному, желтуха с 3-их суток, к 8-м суткам желтуха сохраняется без тенденции к снижению. Ребенок стал плохо сосать, отсутствовала прибавка в весе.

		<p>Группа крови матери В (III), резус-положительная.</p> <p>Группа крови ребенка 0 (I), резус-отрицательная.</p> <p>Клинический анализ крови на 8-сутки: Hb-130г/л, эр-3,4х10¹²/л, ЦП 0,8; Ht 45%, Ret 44%₀; tr-330*10⁹/л, Le-11,4*10⁹/л, п-3%, с-47%, л-44%, м-6%, СОЭ-4мм/ч, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Талассемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Определите факторы риска заболевания.
Э	-	В РФ чаще встречается в популяциях Северного Кавказа, Дагестана, Поволжья, среди татар, башкир. Случаи гемолитических анемий в семье.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	Определите этиологию и патогенез заболевания.
Э	-	Причиной является генетически обусловленный дефект синтеза гемоглобина. При талассемии аномалия белкового синтеза количественная, влияющая на темпы синтеза цепей гемоглобина, при гемоглобинопатии – качественная вследствие нарушения структуры. Тип наследования талассемии – аутосомно-кодминантный, нестабильности гемоглобина – аутосомно-доминантный, а в 1/3 случаев – результат спонтанных мутаций.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте обследование.
Э	-	Клинический анализ крови (Hb, Ht, эритроциты, ЦП снижены, Ret повышены, анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов, наличие мишеневидных форм) Скрининговое определение дефицита Г-6-ФДГОсмотическая резистентность эритроцитов (при талассемии повышена) Электрофорез гемоглобина Биохимический анализ крови (билирубин общий повышен за счет непрямой фракции, свободный Hb)
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно

В	5	Дайте клинические рекомендации.
Э	-	Малые формы талассемии лечения не требуют. В тяжелых случаях показаны регулярные трансфузии отмытых эритроцитов. Хелаторная терапия дефероксамином применяется в более позднем возрасте при уровне сывороточного ферритина >1500-3000нг/мл или при наличии более 20 трансфузий в анамнезе: Дефероксамин п/к 25-50мг/кг 1 раз в сутки 7 суток, курс лечения повторяют 1 раз в месяц постоянно. Спленэктомия Фолиевая кислота внутрь 1-3мг 1 раз в сутки постоянно. Трансплантация аллогенного костного мозга.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
Н	-	40
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Контролируемый раздел «Эмбрио- и фетопатии, токсические, инфекционные поражения плода и новорожденного. Нарушения метаболизма у новорожденных», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Классификация гипотиреоза.
2. Причины, частота встречаемости врождённого гипотиреоза.
3. Патогенез развития симптомов врождённого гипотиреоза.

4. Назовите основные клинические симптомы врождённого гипотиреоза.
5. Какие моносимптомные формы врождённого гипотиреоза вы знаете?
6. Диагностика врождённого гипотиреоза.
7. Принципы лечения врождённого гипотиреоза.
8. Прогноз врождённого гипотиреоза.
9. Врожденные дисфункции коры надпочечников (ВДКН) – дать определение понятия. Частота встречаемости, тип наследования.
10. Назовите основные формы ВДКН.
11. Патогенез вирильной формы ВДКН
12. Патогенез сольтеряющей формы ВДКН.
13. Гипертоническая форма.
14. Основные проявления вирильной формы у мальчиков, у девочек, степени вирилизации у девочек.
15. Лабораторные критерии постановки диагноза вирильной формы.
16. Методы лечения вирильной формы.
17. Основные проявления сольтеряющей формы ВДКН.
18. Дифференциальный диагноз сольтеряющей формы ВДКН.
19. Лабораторные методы постановки диагноза сольтеряющей формы ВДКН.
20. Лечение сольтеряющей формы.
21. Критерии компенсации различных форм ВДКН.
22. Гипертоническая форма ВДКН, основные проявления.
23. Прогноз жизни и здоровья при адекватном лечении больных ВДКН.
24. Диабетическая эмбриофетопатии. Определение. Причины развития.
25. Патогенез развития диабетической эмбриофетопатии (ДФ).
26. Основные клинико-метаболические признаки ДФ и их непосредственные причины.
27. Тактика ведения новорождённых с ДФ.
28. Вероятность рождения жизнеспособного ребёнка в зависимости от длительности и осложнений СД у матери.
29. Критерии постановки диагноза ДФ.
30. Тактика ведения больных с ДФ на участке.
31. Причины неонатального тиреотоксикоза.
32. Клиническая картина тиреотоксикоза.
33. Критерии диагностики неонатального тиреотоксикоза.
34. Особенности лечения неонатального тиреотоксикоза. Прогноз.

1.2. Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Если беременная страдает сахарным диабетом, то у плода возможно развитие:
 1. эмбриопатии
 2. фетопатии
 3. эмбриофетопатии
2. При диабетической фетопатии длительность заболевания матери сахарным диабетом:
 1. имеет значение
 2. не имеет значения
3. При диабетической эмбриофетопатии пороки развития:
 1. имеются

2. не имеются
4. При диабетической фетопатии содержание глюкозы крови после рождения ребенка:
 1. снижено
 2. соответствует норме
 3. повышено
5. Кожные проявления при небуллезной врожденной ихтиозиформной эритродермии Брока у новорожденного:
чешуйки
эритродермия
гиперкератоз
6. Острая надпочечниковая недостаточность у новорожденных развивается:
 1. при диабетической фетопатии
 2. при кровоизлиянии в надпочечник
 3. при гипоплазии надпочечников
 2. при гипотиреозе
 3. при острых инфекционных заболеваниях
 4. при гепатитах
 5. при врожденной дисфункции коры надпочечников
7. Стойкое улучшение состояния новорожденных с гипертиреозом, наблюдаемое через 2 месяца после рождения обусловлено:
 1. лечением
 2. разрушением LATS - фактора
 3. разрушением LATS - фактора и лечением
8. Наиболее часто гипотиреоз у новорожденных обусловлен:
 1. первичным поражением щитовидной железы
 2. вторичным поражением щитовидной железы
 3. третичным поражением щитовидной железы
9. Основное звено патогенеза гипертиреоза у новорожденного - период через плаценту длительно стимулирующего фактора щитовидной железы _____
10. Тиреоидные гормоны в норме _____ синтез
глюкуронилтрансферазы.
11. У новорожденных чаще всего встречается следующий вид дисфункции щитовидной железы:
 - 1) гиперфункция
 - 2) гипофункция
12. Как влияет заболевание сахарным диабетом матери на состояние инсулярного аппарата у плода:

1. тормозит функцию клеток инсулярного аппарата у плода
2. активизирует клетки инсулярного аппарата
3. приводит к атрофии инсулярного аппарата
4. не оказывает никакого влияния

13. У женщин с диабетом беременных чаще всего рождаются дети:

1. с внутриутробной гипотрофией
2. с макросомией
3. маленькие к сроку
4. все ответы правильные

14. Беременной женщине не следует назначать гормональную терапию АКТГ, так как:

1. возможна антенатальная гибель плода
2. повышается риск внутриутробной инфекции
3. возможно развитие у плода феохромоцитомы
4. может произойти вирилизация плода женского пола

15. Для врожденного гипотиреоза не характерно:

1. крупная масса при рождении
2. грубый голос
3. тахикардия
4. затянувшаяся желтуха

16. Для транзиторной гиперфункции щитовидной железы новорожденного от матери с гипертиреозом не типична:

1. повышенная нервно-рефлекторная возбудимость
2. повышенная потливость
3. брадикардия
4. транзиторная гипертермия

17. Какой сахар преобладает в углеводах грудного молока:

1. сахароза
2. мальтоза
3. бета-лактоза
4. галактоза

18. Какие причины наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

1. асфиксия и родовая травма
2. пороки развития ЦНС
3. гипогликемия и гипокальциемия
4. гипербилирубинемия

19. Укажите поздние симптомы гипотиреоза:

1. отставание в психомоторном развитии

2. сухость кожи, склонность к запорам, затянувшаяся желтуха
3. отёки, грудной голос, низкий рост волос
4. все перечисленные

20. Какие симптомы характерны для новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

1. гипогликемия
2. гипокальциемия
3. гипербилирубинемия
4. все перечисленные

1.3. Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

Перечень заданий (кейсов)

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	Код функции	Текст названия трудовой функции
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 4 суток жизни. Из анамнеза известно: беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных родов, наблюдалось двухкратное обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Масса тела 3450 г, длина - 52 см.</p> <p>Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.</p> <p>Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.</p> <p>Выписан из роддома на 4 сутки с уровнем билирубина 134 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.</p> <p>При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.</p> <p>Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).</p> <p>Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.</p> <p>Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,0x2,0 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги.</p>

		Стул мажевидный, 4 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку.
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС. Группа здоровья: II.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	2	Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
Э	-	На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 6/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
Э	-	Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление – по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания. Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
Э	-	Ребёнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 2 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и

		непрямого билирубина в динамике по показаниям или использование Билитеста.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
B	5	Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребенку.
Э	-	Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.
P2	-	План прививок составлен верно
P1	-	План прививок составлен не полностью
P0	-	План прививок составлен неверно
H	-	01
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	02
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На амбулаторном приёме мама с девочкой 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении.</p> <p>Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2750 г, длина тела 49 см. Привит по календарю.</p> <p>Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 1,5 см и шириной 0,5см.</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,5 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии. Большой родничок 2,0x2,5 см. Масса - 3500 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен.</p> <p>Психометрия:</p>

		<p>Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете;</p> <p>Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки;</p> <p>Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого;</p> <p>До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.</p>
В	1	Оцените критерии здоровья.
Э	-	<p>1 критерийотягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении).</p> <p>2 критерий неотягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре).</p> <p>3 критерий неотягощён НПР 1 группа 3 степень.</p> <p>4 критерий неотягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий неотягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.</p> <p>6 критерийотягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см).</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.</p> <p>Группа здоровья: IV.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
Э	-	<p>Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, • бодрствование по 1-1,5 часа, • сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. • питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. <p>В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через бутылочку.</p>

		<p>Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:</p> <p>Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка;</p> <p>Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;</p> <p>Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;</p> <p>До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.</p> <p>Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей.</p> <p>Упражнения комплекса № 1 включают:</p> <p>Поглаживающий массаж рук, ног.</p> <p>Выкладывание на живот.</p> <p>Поглаживающий массаж спины.</p> <p>Массаж живота по часовой стрелке.</p> <p>Рефлекторное ползание.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний.
Э	-	<p>Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери.</p> <p>Назначаем Vit D3 в дозе 500 ME 1 раз в сутки.</p> <p>Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания.</p> <p>Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности).</p> <p>Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.
Э	-	БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	02
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	03
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц жизни. Вскармливание – грудное. Мать жалуется, что в последние дни ребёнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Температура нормальная. Контакт с инфекционными больными мать исключает. При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребёнок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области. Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 36 недель гестации; оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте предварительный диагноз.
Э	-	Диагноз установлен по следующим основаниям: Ребёнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия. Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке). Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.
Э	-	Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5). Анализ углеводов кала (проба Бенедикта): накопление углеводов в кале (>0,25%).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	Сформулируйте рекомендации по лечению.
Э	-	Сохранение и продолжение грудного кормления. Заместительная терапия препаратами лактазы. Энтеросорбенты на первые 3-4 дня. Антифлатуленты (препараты семитикона). Местное лечение перианального дерматита.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
B	5	Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?
Э	-	Индивидуальный подбор дозы путём постепенного увеличения с 1 до 2-5 капсул на каждое кормление под контролем клиники и копрограммы. Используется при каждом кормлении. Применяется перед кормлением в форме ферментированного сцеженного грудного молока в количестве 10-15 мл, ферментация сцеженного молока происходит в течение 10 минут.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	03
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	04
Ф	A/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мать с ребенком в возрасте 3-х недель жизни приехала из сельской местности в город к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку посчитали, что ребёнок болен.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I и II триместрах беременности; на 23-25 неделе гестации у женщины отмечалось повышение температуры, катаральных явлений не было, не лечилась.</p> <p>Роды на 40-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3550 г, длина 53 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни. Находится на грудном вскармливании, со слов матери и родственников сосёт вяло, активность снижена. Матери 18 лет, заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, крик слабый, реакция на осмотр очень вялая. Масса тела 3540 г; при контрольном кормлении высосал около 63 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 40 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Диффузная мышечная гипотония.</p>
В	1	Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.
Э	-	<p>Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия. Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) I ст.</p> <p>Риск частых респираторных заболеваний в периоде социальной адаптации. Риск развития анемии и рахита. Группа социального риска. Группа здоровья III.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно

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

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.
Э	-	Витамин Д3 ежедневно по 1000 МЕ. Препараты железа III с 3 месячного возраста из расчёта 2 мг/кг массы тела в сутки. В 3 месяца – повторный контроль периферической крови, мочи. «Д» учёт у врача-невролога. Реабилитация и восстановительное лечение.
P2	-	План профилактических мероприятий составлен верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
H	-	04
Ф	A/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	05
Ф	B/03.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями с целью установления диагноза и контроля эффективности лечения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Д. в возрасте 5 дней. Из анамнеза известно, что ребёнок от женщины 28 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды срочные, отмечалась слабость родовой деятельности, стимуляция - окситоцином. Первый период - 14 часов, 35 минут, второй - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении 4530 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.

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

P2	-	План обследования специалистами составлен верно
P1	-	План обследования специалистами составлен не полностью
P0	-	План обследования специалистами составлен неверно
B	5	С какого возраста данному ребёнку необходимо начать проведение профилактики рахита?
Э	-	Рекомендуются препараты витамина Д3 с 28 дневного возраста.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	05
Ф	B/03.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями с целью установления диагноза и контроля эффективности лечения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	06
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На приёме повторно мама с девочкой Л. 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.</p> <p>Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.</p> <p>При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён.</p>

		Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичная лактазная недостаточность.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миотонический синдром.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> - Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); - биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа); - определение уровня экскреции углеводов с калом; - копрологическое исследование; - водородный дыхательный тест; - анализа кала на микрофлору; - УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; - консультация врачом-генетиком.

P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
Э	-	1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание. 2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула =7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар». 3) Сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребёнка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребёнку ферментированное молоко. Приложить ребёнка к груди.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.
Э	-	Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клинико-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	06
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения

Контролируемый раздел «Асфиксия плода и новорожденного», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Оценка параметров морфологического и физиологического развития новорождённого.
2. Анатомо-физиологические и психологические особенности новорождённого.
3. Оформление документации.
4. Оценка состояния здоровья новорождённого.
5. Правила ухода за новорождённым.
6. Выявление проблем новорождённого, связанные с дефицитом знаний, умений, навыков родителей.

7. Группы здоровья.
8. Схема первого дородового патронажа
9. Шкала Апгар
10. Организация уголка новорождённого
11. Алгоритм техники первого прикладывания и кормления грудью
12. 10 принципов успешного грудного вскармливания
13. Признаки правильного кормления грудью
14. Техника измерения массы тела

1.2. Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

Признаками живорожденности считают:

- 1) Самостоятельное дыхание
- 2) Сердечная деятельность
- 3) Пульсация пуповины
- 4) Произвольные движения мускулатуры
- 5) Хотя бы один из перечисленных признаков

2. Оценка по какой шкале свидетельствует о наличии или отсутствии асфиксии у ребенка при рождении:

- 1) Сильвермана
- 2) Дементьевой
- 3) Апгар
- 4) Доунса

3. Факторы риска рождения ребенка в асфиксии:

- 1) Недоношенность
- 2) Переношенность
- 3) Заболевания матери
- 4) Гестоз
- 5) Все перечисленные

4. Изменения в плаценте, расцениваемые как компенсаторные при хронической внутриутробной гипоксии:

- 1) Окклюзия сосудов
- 2) Увеличение массы плаценты

3) Гиперплазия капиллярной сети ворсин

4) Верны 2 и 3

5. Тяжелая перинатальная гипоксия может вызывать:

1) Отек мозга

2) Внутричерепные кровоизлияния

3) Легочную гипертензию

4) Аспирацию мекония

5) Шок

6) ДВС

7) Все перечисленное

6. Умеренная асфиксия новорожденных соответствует оценке по шкале Апгар:

1) 8-9 баллов

2) 7-8 баллов

3) 4-6 баллов

4) 3-5 баллов

7. Тяжелая асфиксия новорожденных соответствует оценке по шкале Апгар:

1) 9-10 баллов

2) 3-5 баллов

3) 1-2 балла

4) 0-3 балла

8. К основным принципам ABC-реанимации относят:

1) Освобождение воздухоносных путей

2) Обеспечение легочной вентиляции

3) Восстановление сердечной деятельности

4) Все перечисленное

5) Все перечисленное кроме 1

9. Показаниями для эндотрахеальной интубации являются:

- 1) Неэффективность вентиляции через маску
- 2) Подозрение на обтурацию дыхательных путей
- 3) Аспирация мекония
- 4) Необходимость длительной ИВЛ
- 5) Все выше перечисленное

10. Раствор адреналина при реанимации новорожденных используют в разведении:

- 1) 1:100
- 2) 1:200
- 3) 1:1000
- 4) 1:10000

11. Растворы для восполнения ОЦК вводят из расчета

- 1) 10 мл/кг
- 2) 20 мл/кг
- 3) 30 мл/кг
- 4) 100 мл/кг

12. Раствор натрия гидрокарбоната вводят при реанимации новорожденным:

- 1) 4% 1-2 ммоль/кг
- 2) 7% 2-4 мл/кг
- 3) 4% 1-2 мл/кг

1.3. Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Ситуационные задачи-кейсы

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На амбулаторном приёме мама с девочкой 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении. Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2750 г, длина тела 49 см. Привит по календарю. Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи

		<p>удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 1,5 см и шириной 0,5см.</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,5 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии.</p> <p>Большой родничок 2,0x2,5 см. Масса - 3500 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен.</p> <p>Психометрия: Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете; Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки; Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого; До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.</p>
В	1	Оцените критерии здоровья.
Э	-	<p>1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении).</p> <p>2 критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре).</p> <p>3 критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень.</p> <p>4 критерий не отягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.</p> <p>6 критерий отягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см).</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.</p> <p>Группа здоровья: IV.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму,

		питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
Э	-	<p>Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, • бодрствование по 1-1,5 часа, • сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. • питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. <p>В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через обтуратор.</p> <p>Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:</p> <p>Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка;</p> <p>Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;</p> <p>Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;</p> <p>До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.</p> <p>Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей.</p> <p>Упражнения комплекса № 1 включают:</p> <p>Поглаживающий массаж рук, ног.</p> <p>Выкладывание на живот.</p> <p>Поглаживающий массаж спины.</p> <p>Массаж живота по часовой стрелке.</p> <p>Рефлекторное ползание.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Проведите профилактику пограничных состояний.
Э	-	<p>Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери.</p> <p>Назначаем Vit D3 в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки.</p> <p>Маме: рекомендации по поддержке грудного вскармливания.</p> <p>Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности).</p> <p>Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно

P0	-	Ответ неверный
B	5	Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.
Э	-	БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	02
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мать с ребенком в возрасте 3-х недель жизни приехала из сельской местности в город к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку посчитали, что ребёнок болен.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I и II триместрах беременности; на 23-25 неделе гестации у женщины отмечалось повышение температуры, катаральных явлений не было, не лечилась.</p> <p>Роды на 40-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3550 г, длина 53 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни.</p> <p>Находится на грудном вскармливании, со слов матери и родственников сосёт вяло, активность снижена. Матери 18 лет, заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, крик слабый, реакция на осмотр очень вялая. Масса тела 3540 г; при контрольном кормлении высосал около 63 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая.</p> <p>Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 40 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Диффузная мышечная гипотония.</p>
B	1	Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.
Э	-	Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия. Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст.

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

P0	-	Ответ неверный
B	5	Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.
Э	-	Витамин Д3 ежедневно по 1000 МЕ. Препараты железа III с 3 месячного возраста из расчёта 2 мг/кг массы тела в сутки. В 3 месяца – повторный контроль периферической крови, мочи. «Д» учёт у врача-невролога. Реабилитация и восстановительное лечение.
P2	-	План профилактических мероприятий составлен верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребёнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребёнок ведёт себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра. Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия. Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: «родовая травма - перелом левой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
Э	-	Рентгенография левой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	3	Назначьте лечение.
Э	-	Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация верхней левой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной

		группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
Э	-	После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
B	5	Укажите методы лечения болевого синдрома.
Э	-	Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S.Glucosi 40%, Парацетамол - анальгетик I ступени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребёнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребёнок погиб на 2 сутки жизни. В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода – 4 часа 20 минут, 2 периода – 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 31 неделя беременности с массой тела 1700 г, длиной 41 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювез, продолжена СРАР воздухом, начата в родильном зале. Сурфактант не вводился.</p> <p>При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлекс орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу.</p> <p>«Квадратное окно» запястья около 45°. Ответная реакция руки в виде сгибания в локтевом суставе на 90°. Подколенный угол составляет около 140°. Симптом «шарфа» – локоть находится между средней линией тела и противоположной подмышечной линией. При попытке приведения стопы к голове нет сгибания в коленном суставе, но и привести полностью ножку не удалось.</p> <p>Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом, легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден.</p>

		<p>Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошёл в родильном зале.</p> <p>Через 18 часов: сатурация 82–88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрёберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов апноэ за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO₂ до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 110–120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч. Общий анализ крови: Нб – 192 г/л; эритроциты – 4,4×10¹²/л; средний объём эритроцитов – 99 фемтолитров; лейкоциты – 11,4×10⁹/л, формула: эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 10%; тромбоциты – 189×10⁹/л, ретикулоциты – 35%.</p> <p>Уровень С-реактивного белка – норма.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами.</p> <p>Кислотно-основное состояние артериальной крови: рН – 7,27, ВЕ – 9,3, рСО₂ – 68 мм рт. ст., рО₂ – 37 мм рт. ст.</p> <p>Глюкоза сыворотки крови – 2,1 ммоль/л.</p>
В	1	Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
Э	-	Отягощённый акушерско–гинекологический анамнез может привести к преждевременным родам, задержке внутриутробного развития. Угроза прерывания, хроническая внутриутробная гипоксия, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия могут привести к преждевременным родам, утяжелению гипоксии плода, и острой асфиксии в родах. Обвитие пуповиной шеи плода может привести к усугублению острой асфиксии в родах. Быстрые роды – риск травматизации в родах.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.

В	2	Проведите оценку состояния по шкале Сильвермана в возрасте 18 часов жизни. Проведите оценку нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду. Перечислите патологические состояния, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов, что говорит о тяжёлом синдроме дыхательных расстройств: отсутствие синхронности грудной полости и живота при дыхании – 1 балл; заметное втяжение межрёберных промежутков на вдохе – 2 балла; небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе - 1 балл; опускание подбородка на вдохе, рот открыт - 2 балла; экспираторные шумы – 2 балла. Оценка нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду составила 17 баллов, что говорит о зрелости на 30-32 недели (что соответствует гестационному возрасту ребёнка): кожа – 1 балл; лануго – 2 балла; поверхность подошв – 2 балла; грудь – 3 балла, глаза/уши – 1 балл; гениталии – 1 балл; поза – 1 балл; «квадратное окно» - 2 балла; возвращение рук – 1 балл; подколенный угол – 1 балл; признак «шарфа» - 1 балл; приведение стопы к голове – 1 балл. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими состояниями: <ul style="list-style-type: none"> • ранний неонатальный сепсис; • врождённая пневмония; • синдром утечки воздуха; • врождённые пороки развития лёгких (аплазия/гипоплазия); • врождённая диафрагмальная грыжа; • врождённые пороки сердца «синего типа».
P2	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена верно.
P1	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена не полностью
P0	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена неверно
В	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: респираторный дистресс-синдром, тяжёлый. Осложнение: транзиторная гипогликемия. Фон: недоношенность 31 неделя.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Общий анализ крови – норма (отсутствие гуморальной активности, анемии); уровень С-реактивного белка– норма; кислотно-основное состояние – компенсированный дыхательный ацидоз; биохимический анализ крови -гипогликемия; ультразвуковое исследование головного и спинного мозга - признаки отёка головного мозга; ультразвуковое исследование органов брюшной полости - норма; рентген органов грудной клетки - диффузное снижение прозрачности

		лѣгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чѣткими контурами, отсутствуют признаки аспирации и инфильтрации, нет признаков дислокации органов брюшной полости в грудную полость); электрокардиография - ритм синусовый, частота сердечных сокращений в норме или синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации; эхокардиография - анатомически правильно сформированы сердце и крупные сосуды, возможно функционирование артериального протока без изменения внутрисердечной гемодинамики, открытое овальное окно.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	5	Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Первичная реанимационная помощь в родильном зале оказана в полном объѣме. При переводе ребёнка в ПИТ было показано введение Сурактатна 200 мг/кг, неинвазивным методом или методом INSURE. Показано было назначение энтерального питания сразу после поступления в ПИТ. Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, усугубление синдрома дыхательных расстройств (нарастание оценки до 8 баллов по шкале Сильвермана, дыхательная недостаточность III степени), показано интубация трахеи, повторное (в данном случае, первое) введение Сурфактанта 200 мг/кг. Режим – охранительный, кювез с температурой 32-35 °С, влажностью воздуха 80%; Начало неинвазивной искусственной вентиляции лёгких в режиме «нормовентиляции». Инфузионная терапия из расчѣта физиологической потребности (80 мл/кг/с – суточный объѣм энтерального питания)=(136 - 20 мл):24 часа = 4,8 мл/ч – скорость инфузии (раствор глюкоза 5%). Энтеральное питание сцеженным грудным молоком через зонд (капельное введение, за 1 час). Тактика ведения ребёнка с гипогликемией: определение уровня глюкозы сыворотки крови через 1 час и перед следующим кормлением. Если концентрация глюкозы менее 2,6 ммоль/л, то в/в введение глюкозы 10% 8 мл/кг (0,4-0,8 г/кг), затем вновь перейти на постоянную в/в инфузию глюкозы 10% 4-8 мг/кг/мин, то есть 2,4-4,6 мл/кг/час. Определить уровень глюкозы через 30 минут инфузии. Медикаментозная терапия: Викасол 0,1 мг/кг (0,17 мл) – однократно, Сурфактант 200 мг/кг (340 мг, эндотрахеально).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Девочка М. родилась с массой 3400 г, длиной 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре в возрасте 30 минут состояние средней тяжести. Поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлекс спинального автоматизма быстро истощаются. Кожные покровы чистые, ярко-жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища. Пуповинный остаток в скобе. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, частота дыхания 38 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка – на +0,5 см. Меконий отошёл, мочится свободно.</p> <p>Анамнез: беременность вторая, первая беременность закончилась медицинским абортom. Настоящая беременность осложнилась изосенсибилизацией по системе резус-фактор. Группа крови матери А(II) Rh–(отрицательная).</p> <p>Данные обследования.</p> <p>Группа крови девочки - А(II) Rh+(положительная), уровень билирубина в пуповинной крови - 72 мкмоль/л, непрямая фракция - 68 мкмоль/л. Проба Кумбса - положительная.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9$/л, ретикулоциты - 45%.</p>
В	1	Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
Э	-	<p>Резус–фактор матери отрицательный - риск развития гемолитической болезни новорожденного.</p> <p>Первая беременность закончилась медицинским абортom, при наличии отрицательного резус-фактора повышает риск развития гемолитической болезни новорожденного.</p>
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	2	Выделите клинические синдромы. Определите ведущие. Дайте заключение по лабораторным данным.
Э	-	<p>Желтушный синдром (кожные покровы чистые, ярко жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища.) – ведущий синдром.</p> <p>Гепатоспленомегалия (печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, селезёнка – на 0,5 см). Синдром угнетения центральной нервной системы (поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлекс спинального автоматизма быстро истощаются).</p> <p>Резус конфликт (у мамы отрицательный резус-фактор, у девочки - положительный).</p> <p>Непрямая гипербилирубинемия при рождении (из пуповинной крови). Положительная прямая проба Кумбса говорит о наличии антител на поверхности эритроцитов (что наблюдается при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору).</p>

		В общем анализе крови нормохромная анемия, гиперрегенераторная, средней степени тяжести.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: Гемолитическая болезнь новорожденного. Несовместимость по резус – фактору. Желтушная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Морфология эритроцитов: полихромазия, анизоцитоз. Сахар крови – норма. В возрасте 4 часов жизни – общий билирубин и фракции (почасовое нарастание общего билирубина более 6,8 ммоль/л), непрямая гипербилирубинемия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – гепатоспленомегалия.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая непрямую гипербилирубинемия и желтушный синдром с рождения показан перевод ребёнка в палату интенсивной терапии. Режим – охранительный, под источником лучистого тепла. Фототерапия в непрерывном режиме. Голод, так как планируется операция заменного переливания крови. Очистительная клизма. Медикаментозная терапия: внутривенное введение Иммуноглобулина 0,8 гр/кг (2,7 гр в/в, медленно в течении двух часов); Викасол 0,1 мг/кг (0,35 мл) – однократно. Подготовка к операции заменного переливания крови: - установка пупочного катетера, - заменяемый объём $170 \text{ мл/кг} = 3,4 \times 170 = 578 \text{ мл}$. Из них $2/3$ - эритроцитарная масса, обеднённая лейкоцитами и тромбоцитами А (II) Rh – отрицательный, 385 мл; свежзамороженная плазма А (II) Rh – отрицательный, 193 мл. Из первой порции забранной крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита. Объём одного замещения до 5 мл/кг ($5 \times 3,4 = 17 \text{ мл}$). На два шприца эритроцитов вводится один шприц плазмы. После каждых 100 мл замещённого объёма вводится 2,0 мл 10% раствора глюконата кальция + 5,0 мл 5% раствора глюкоза, между шприцами с эритроцитами. Длительность операции два часа. Из последнего объёма замещаемой крови проводится биохимический

		анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита. Об эффективности операции говорит снижение общего билирубина в два и более раз. После операции обменного переливания крови продолжить фототерапию.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок у матери 25 лет с осложнённым соматическим анамнезом: сахарный диабет I типа с 18 лет, получает интенсифицированную инсулинотерапию (Новорапид и Левемир), самоконтроль заболевания неудовлетворительный, подготовка к беременности не проведена. От первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I и III триместрах, первых оперативных родов на 29 неделе. При рождении: масса тела 1600 г (между 75 и 90 перцентилями), длина 38 см (между 50 и 25 перцентилями), оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Через 15 минут после рождения отмечалось нарастание дыхательной недостаточности: частота дыхания до 85 в минуту, западение мечевидного отростка, межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, при дыхании комнатным воздухом отмечается цианоз носогубного треугольника. При аускультации – ослабленное дыхание, слышны экспираторные шумы. Ребёнок переведён в отделение реанимации. На момент осмотра возраст составляет 1,5 суток. При объективном обследовании выражен синдром угнетения. Кожа бледно-розовая. ЧД – 84 в минуту. При перкуссии над лёгкими определяется притупление перкуторного звука в задненижних отделах. Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются проводные и крепитирующие хрипы. ЧСС – 160 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке. Живот правильной формы, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено, диурез 2 мл/кг/час. Полный анализ крови: $E_r - 5,1 \times 10^{12}/л$, $H_b - 162 г/л$, $MCV - 98 fl$, $MHC - 31 pg$, $MCHC - 33 г/л$, $Le - 10,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, тромбоциты – $240 \times 10^9/л$. Глюкоза крови – 1,6 ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, воздушная бронхограмма.
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Респираторный дистресс синдром, ДН III. Диабетическая фетопатия. Недоношенность 29 недель.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Обоснуйте сформулированный диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «респираторный дистресс синдром» установлен</p> <ul style="list-style-type: none"> • на основании данных анамнеза (гестационный возраст ребёнка, сахарный диабет у матери, дыхательные нарушения в первый час жизни); • клинических данных (синдром дыхательной недостаточности, экспираторные шумы, данные перкуссии лёгких и аускультативные изменения над лёгкими); • параклинических данных (отсутствие воспалительных изменений в полном анализе крови, характерная рентгенологическая картина). <p>Диагноз «диабетическая фетопатия» установлен на основании данных анамнеза; клинических данных (макросомия); параклинических данных (гипогликемия).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Рекомендовано исследование кислотно-основного состояния, электролитного состава крови, уровня общего белка и альбумина, мочевины, креатинина в крови, контроль уровня сатурации.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	4	Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Пневмония, транзиторное тахипноэ новорожденных, синдром аспирации мекония, пороки развития лёгких, ВПС.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите тактику лечения и обоснуйте её.
Э	-	<p>Создание оптимальных условий выхаживания и обеспечение полноценного питания.</p> <p>Респираторная терапия.</p> <p>Заместительная терапия Сурфактантом.</p> <p>Антибактериальная терапия.</p> <p>Ликвидация метаболических нарушений.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных

		препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте – 5 баллов, на 5 минуте – 7 баллов.</p> <p>После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС – 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот.</p> <p>Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого лёгкого».</p> <p>Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.</p> <p>При обследовании получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \times 10^9/л$, лейкоциты – $28 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.</p> <p>Сатурация кислорода – 84 %, рН – 7,14.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз заболевания.
Э	-	Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
Э	-	В клинической картине данного заболевания ведущим является

		синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
Э	-	Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия. Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР - агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы - пневмонии.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
Э	-	Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	5	Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.
Э	-	Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорожденного в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Беременность у матери протекала с угрозой прерывания на сроке 32–34 недели, в связи с чем находилась на стационарном лечении. Роды на 38 неделе, масса ребёнка при

		<p>рождении – 2950 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. К груди приложен в первые сутки. На 3 день жизни у ребёнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребёнку был введён 1% раствор Викасола – 0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Не смотря на проводимое лечение, у ребёнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лёгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребёнок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не пальпируется, стул – мелена.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 180 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>Время кровотечения по Дюке – 2 минуты, время свёртывания крови – 9 минут, АЧТВ – 90 секунд (норма 40–60 секунд), фибриноген – 2,5 г/л (1,5–3 г/л), общий белок – 54 г/л, общий билирубин 196 мкмоль/л, не прямой билирубин – 188 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, АСТ – 38 ед., АЛТ – 42 ед.</p> <p>НСГ: рисунок борозд и извилин сглажен, гидрофильность тканей мозга, эхогенность подкорковых ганглиев повышена.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, желудочно-кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимся геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?
Э	-	Синдром «заглоченой крови», ДВС- синдром, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, гемофилия.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Обозначьте план обследования.
Э	-	Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.
Р2	-	План обследования составлен верно
Р1	-	План обследования составлен не полностью
Р0	-	План обследования составлен неверно

В	4	Назначьте лечение данному ребёнку.
Э	-	Отменить энтеральное питание, поить раствором тромбина в эpsilon-аминокапроновой кислоте, ввести Викасол в/м. При продолжении кровотечения или его усилении- переливание одногруппной свежезамороженной плазмы или препаратов протромбинового комплекса (протромбоплекс и др.).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	5	Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.
Э	-	Динамический контроль клинического крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, профилактика развития анемии, консультация невропатолога с проведением повторной НСГ.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 1 суток жизни находится в родильном доме. Матери 25 лет, имеет группу крови А (II) Rh-, настоящая беременность вторая, первая – закончилась абортom при сроке 9 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно. Роды срочные. Масса тела ребёнка – 3500 г, длина – 51 см, по шкале Апгар оценён на 7/8 баллов. Сразу при рождении отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины, околоплодных вод. При первом осмотре врачом-педиатром выявлено увеличение печени до 3 см, селезёнки +1,5 см. Дополнительное обследование пуповинной крови определило содержание билирубина 105 мкмоль/л, через 4 часа после рождения – 175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определённый по cito – 149 г/л.
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	В данном случае следует думать о врождённой желтушной форме гемолитической болезни новорожденного, обусловленной резус-конфликтом.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке

		крови новорожденного.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
Э	-	Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	4	Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
Э	-	Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус антител в сыворотке крови матери.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Доношенный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась спонтанным абортom на сроке 20 недель. Роды вторые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.
B	1	Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар. Укажите степень тяжести асфиксии.
Э	-	Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	2	Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии.
Э	-	Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического

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

P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Недоношенный ребёнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью.</p> <p>Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 148 ударов в минуту.</p> <p>На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.</p> <p>Скорость диуреза – 0,3 мл/кг/час.</p> <p>Данные КОС: рН крови – 7,2, рО₂ – 45 мм рт. ст., рСО₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 28 недель гестации.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины, срока гестации 28 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.</p> <p>Недостаточность кровообращения IIa степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.</p> <p>Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 75 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Сильвермана 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.</p> <p>Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 28 недель.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Оцените показатели кислотно-основного равновесия.

Э	-	Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	5	Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?
Э	-	Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов - одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов - ингибиторов циклооксигеназы. Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок М., родился от матери 30 лет. Из анамнеза известно: данная беременность - I, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3420 г, ростом 53 см с тугим двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стонет; сердцебиение - 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи - гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.
В	1	1. Поставьте диагноз.
Э	-	Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Окажите неотложную помощь новорождённому.
Э	-	Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и/или манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и/или лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и/или лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	4	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Какова тактика ведения новорождённому?
Э	-	После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик Д., матери 17 лет, беременность - I, роды в 38 нед. На учете в женской консультации состояла с 22-х недель. По УЗИ поставлен диагноз врожденная диафрагмальная грыжа. Родился живой доношенный мальчик с массой тела 2350 г, длиной тела

		50 см. околоплодные воды грязные с запахом. Оценка по шкале Апгар 2 балла. Объективно: ребенок вялый, крика нет, разлитой цианоз, адинамия, старт-рефлексы угнетены, сердечные тоны приглушены, брадикардия - ЧСС 60 в мин. Дыхание нерегулярное с повторными кратковременными апноэ. Живот ладьевидной формы.
В	1	1.Поставьте диагноз и обоснуйте.
Э	-	Учитывая юный возраст матери, позднюю постановку на учет по беременности, данные УЗИ (врожденная диафрагмальная грыжа), состояние ребенка (вялый, крика нет, цианоз кожи, адинамия, физиологические рефлексы угнетены, брадикардия ЧСС 60 в мин, нерегулярное с повторными кратковременными апноэ дыхание, ладьевидной формы живот), можно поставить диагноз: Патология внутриутробного развития. Врожденная диафрагмальная грыжа. Асфиксия новорожденного тяжелой степени. ЗВУР 3 степени, диспластический вариант.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Окажите неотложную помощь.
Э	-	Отделяем ребенка от матери, помещаем под лучистое тепло. Проводим интубацию трахеи (ЭТ диаметром 3,5 мм) на глубину = m + 6 = 8 см, санацию дыхательных путей с помощью электроотсоса через интубационную трубку, ИВЛ подогретым, увлажненным кислородом концентрацией 21-60%. Через 30 секунд начинаем непрямой массаж сердца. Контроль эффективности через каждые 30 сек. Введение адреналина 0,01% в вену пуповины через катетер 0,6 мл. Восполнение ОЦК 0,9% раствором натрия хлорида (10 мл/кг) 22 мл в течение 10 минут.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Определите тактику ведения.
Э	-	После проведения реанимационных мероприятий – перевод в хирургическое отделения. Транспортировка с приподнятым головным концом на больном боку.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите показания к ИВЛ и интубации трахеи.
Э	-	Показания к проведению ИВЛ: Отсутствие дыхания Нерегулярное дыхание ЧСС<100 ударов в минуту Немедленная интубация трахеи показана: Детям с подозрением на диафрагмальную грыжу Детям, родившимся с примесью мекония в околоплодных водах с угнетенным самостоятельным дыханием или его отсутствием и сниженным мышечным тонусом Детям, родившимся ранее 27 недели беременности с целью

		профилактического введения сурфактанта При неэффективной масочной ИВЛ (ЧСС<60 ударов в минуту через 30 секунд ИВЛ) При необходимости проведения непрямого массажа сердца
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верно.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
V	5	Назначьте питание.
Э	-	Полное парентеральное питание
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок К., из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, кольпитом, острым гестационным пиелонефритом. Роды -1-е, в 30 недель беременности путем экстренной операции кесарева сечения двойней. Безводный промежуток 12 часов. Вод не было, гнилостный запах. Матери 22 года, страдает гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, аднекситом, в анамнезе невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности). Акушерский диагноз: Преждевременные роды 1 в 30 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Дородовое излитие околоплодных вод. Монохориальная диамниотическая двойня. Неиммунная водянка 1 плода, антенатальная смерть. Ангидроамнион 2 плода. Невынашивание. Гипертоническая болезнь. Острый гестационный пиелонефрит. ВУИ. Многоводие 1 плода. Девочка К., вторая из двойни, масса при рождении - 1200 г, рост – 38 см, окружностью головы – 28,5 см, груди – 24,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет синдрома угнетения. В родовом зале проведена санация верхних дыхательных путей, желудка, ИВЛ мешком Амбу через маску в течение 4-х минут. После реанимационных мероприятий появился слабый крик. При осмотре выявлены некрозы тканей головы, ног, поясничной области. Дыхание ослабленное, единичные крепитирующие хрипы, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, ЧД 64 в 1 мин. Получала комплексную интенсивную терапию – ранний назальный СРАР, антибактериальную, инфузионную, минимальное энтеральное питание. Через 6 часов после рождения отмечен эпизод артериальной гипотонии. Клинический анализ крови: Нб 145 г/л, Эр. 3,6·10 ¹² /л, ЦП 0,99, Тромб. 85·10 ⁹ /л, Лейк. 5,5·10 ⁹ /л, миелоциты 5%, п/я 10 %, с 43 %, л 34 %, м– 8 %, СОЭ – 6 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов +++. НСГ – незначительный перивентрикулярный отек.

В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	<p>Учитывая, что новорожденная девочка от матери с хронической соматической патологией (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит), высоким инфекционным индексом (аднексит, кольпит, пиелонефрит), репродуктивными потерями в анамнезе (выкидыши, смерть 1-го новорожденного из двойни), осложненным течением беременности двойней с угрозой прерывания, родилась в 30 недель гестации путем экстренной операции кесарева сечения с длительным безводным промежутком, практически без околоплодных вод, с гнилостным запахом, внутриутробно инфицированной, с задержкой внутриутробного развития, с множественными гемангиомами, в асфиксии средней тяжести, с респираторными расстройствами, синдромом угнетения; явления артериальной гипотонии через 6 часов после рождения, выявленный анемический синдром, лейкопению со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопенией, данные НСГ, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Респираторный дистресс-синдром новорожденного Конкурирующий: Ранний неонатальный сепсис. Септический шок. Сопутствующие: 1.Церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения ЦНС. 2.Анемия средней тяжести. Фон: Недоношенность 30 нед. ЗВУР 1 ст., диспластический вариант. Вторая из двойни. Асфиксия средней тяжести.</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Какова тактика ведения новорожденного?
Э	-	<p>АИВЛ. Стартовые параметры: FiO2 0,3-0,4, Tin 0,3-0,35с, РЕЕР 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РIP 16-30см вод. ст., поток 2-3л/мин/кг. Провести восполнение ОЦК. Тест с разовой объемной нагрузкой 0,9% раствором натрия хлорида в дозе 12 мл (10 мл/кг) в течение 10 минут, затем продолжить введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 12 мл в течение 20 минут до достижения объема 20 мл/кг. Включить в комплексную терапию постоянную инфузию добутамина 8 мкг/мин (2-10кг/кг/мин). Согревание в кувезе с t 36,6°C. Проводить инфузионную терапию в объеме 80 мл/кг/сут – 4 мл/час. Проводить коррекцию ацидоза, гипогликемии, гипомагниемии. Антибактериальная терапия. Минимальное энтеральное питание. В лечении добавить пентоглобин 5 мл/кг/сут в течение 3-х дней или через день со скоростью 1,7 мл/кг/час. Поставить на учет в ОРИТ.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Проведите дифференциально-диагностические мероприятия.

Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах рентгенологического исследования. Следует дифференцировать с сепсисом пневмонией, транзиторным тахипноэ новорожденных, синдромом аспирации мекония.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Укажите противопоказания для терапии сурфактантом.
Э	-	Легочное кровотечение Отек легких Артериальная гипотензия или шок Гипотермия Декомпенсированный ацидоз
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Назначьте питание ребёнку.
Э	-	Полное парентеральное питание. Потребность в энергии в 1-ые сутки – 20 ккал/кг/сут. (24 ккал). В 100 мл 10% глюкозы содержится 34 ккал, 24 ккал – в 71 мл. Поэтому в составе инфузионной терапии должно быть не менее 71 мл 10% глюкозы. Подключить белок и липиды по физ.потребности.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный Л., переведен в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно: матери 17 лет, страдает хроническим пиелонефритом, беременность - I, протекала на фоне гестоза и обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Роды в 39 недель, 1-й период родов - 22 часа, 2-й – 40 минут, безводный промежуток – 23 часа. Задние воды зеленые с гнилостным запахом. Масса тела при рождении 2530 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. При первичном осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. С первых часов жизни проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожный покров серый, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД - 84 в минуту, апноэ. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС -170 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: синдром угнетения.

		Клинический анализ крови: Hb – 175 г/л; Эр. – $5,3 \cdot 10^{12}$ /л; ЦП – 0,9; Тромб. – $235,0 \cdot 10^9$ /л; Лейк. – $30,1 \cdot 10^9$ /л; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2%, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО ₂ – 49 mm Hg, рСО ₂ – 70 mm Hg, рН – 7,21, ВЕ = – 18 ммоль/л; АВ = 9 ммоль/л; SB = 8 ммоль/л; ВВ = 19 ммоль/л.
В	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку, обоснуйте.
Э	-	Учитывая инфекционную патологию матери (хронический пиелонефрит) с обострением в третьем триместрах, затяжные роды с длительным безводным промежутком (23 часа), зеленоватые, с неприятным запахом околоплодные воды, задержку внутриутробного развития, асфиксию в родах (оценка по шкале Апгар 5/7 баллов), снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии, бледность с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышку с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта, прогрессирующее ухудшение состояния, гипотермию, нарастающие явления дыхательной недостаточности, перкуторное укорочение звука над легкими, ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы с обеих сторон, тахикардию, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипоксемию, ацидоз, можно поставить диагноз: Основной: Врожденная пневмония неуточненная, тяжелая. (Врожденная трансплацентарная пневмония). ДН III степени Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. ЗВУР 2 ст., гипотрофический вариант
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Перечислите предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данного заболевания.
Э	-	Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных являются: •осложненное соматической или акушерской патологией течение беременности у матери, приводящее, с одной стороны, к хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии (вызывают патологический ацидоз, повреждающий легкие), с другой - к угнетению иммунологической реактивности организма ребенка (более низкие величины активности фагоцитарной функции нейтрофилов, уровень иммуноглобулинов класса G и др.); •асфиксия с аспирационным синдромом; •длительный безводный промежуток, особенно у ребенка с внутриутробной гипоксией; •частые вагинальные исследования женщины в родах; •наличие инфекционных процессов у матери (в мочеполовой сфере - предрасполагает к инфицированию в родах, в дыхательных путях - к постнатальному инфицированию); •пневмопатии, пороки развития и наследственные заболевания легких; •внутричерепная и особенно спинальная травма (на уровне верхних шейных или грудных сегментов), энцефалопатия;

		<ul style="list-style-type: none"> •склонность к срыгиваниям и рвоте; •недоношенность и задержка внутриутробного развития плода из-за сочетанного действия 1—7-й групп факторов. К нозокомиальным пневмониям предрасполагают: •длительная госпитализация; •любые длительные и тяжелые заболевания; •скученность и переуплотнение палат и отсутствие их регулярного профилактического закрытия на санобработку; •дефицит сестринского персонала; •недостатки мытья рук персонала; •широкое профилактическое назначение антибиотиков; •множественные инвазивные процедуры; •дефекты санобработки вентиляторов, увлажнителей и обогревателей воздушно-кислородной смеси, аэрозольных установок; •интубация трахеи. Интубация — один из наиболее существенных факторов высокого риска развития пневмонии из-за возможности перемещения флоры полости рта, носа, носоглотки в трахею, бронхи, нарушений дренажной функции воздухоносных путей по удалению слизи и другого содержимого. Инфицированные вентиляторы, увлажнители - один из основных источников инфекции при вентилятор-ассоциированных пневмониях. Синегнойная палочка и клебсиеллы при этом наиболее частые возбудители, ибо они долго сохраняются именно в водной среде.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
Э	-	На 26-й недели у плода происходит развитие альвеол — воздушных пузырьков в легких, выделяющих поверхностно-активное вещество, препятствующее слипанию легочной ткани. Это создает предпосылки для дыхания после рождения.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Дифференциальный диагноз пневмоний проводят с РДС, синдромом аспирации мекония, транзиторным тахипноэ, ателектазами, синдромами «утечки воздуха», пороками развития легких, внелегочными причинами расстройств дыхания (врожденные пороки сердца, метаболические нарушения и др.). При затяжном течении пневмонии, обилии мокроты, длительно держащихся обструктивных явлениях дифференциальный диагноз проводят с муковисцидозом, синдромом «неподвижных ресничек», хотя не следует забывать и о рецидивирующих срыгиваниях и рвоте с последующей аспирацией. При тяжелом пароксизмальном кашле, заканчивающемся рвотой, необходимо исключить коклюш.

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Оптимальным видом питания, является нативное грудное молоко.</p> <p>3. Кислородная поддержка: АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, Tin_{0,3-0,35с}, PEEP 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, PIP 16-20 см вод. ст., поток 5-10 л/мин/кг.</p> <p>4. Антибактериальная терапия. Основным видом лечения пневмонии является максимально раннее назначение эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики следует назначать сразу, как только высказано предположение о диагнозе пневмонии. Учитывая своеобразие этиологии врожденной пневмонии, клинически манифестировавшей в первые 72 часа жизни ребенка (ранней врожденной пневмонии), препаратами выбора является ампициллин в сочетании с аминогликозидами: гентамицином, амикацином, нетилмецином. Ампициллин в/в или в/м 100-150 мг/кг/сут в 2 введения + Амикацин в/в или в/м 15 мг/кг/сут в 1 введение или Гентамицин в/в или в/м 5-7 мг/кг/сут в 1 введение или Нетилмецин в/в или в/м 5 мг/кг/сут в 1 введение. Альтернативными ЛС, которые назначаются при отсутствии эффекта через 48 часов антибактериальной терапии, являются цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммуноterapia. Иммунозаместительная терапия используется главным образом в виде в/в введения иммуноглобулина. Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 500-800 мг/кг 1 раз в 1-2 сут.</p> <p>6. Симптоматическая терапия определяется клинической картиной заболевания, но почти обязательным компонентом является назначение муколитиков, препаратом выбора является амброксол, который оказывает литическое действие на бронхиальный секрет, а также повышает синтез сурфактанта альвеоцитами 2ого порядка и замедляет его распад. Муколитики в зависимости от состояния ребенка вводятся внутрь или ингаляционно через небулайзер. Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2 р/сут, 7-10 сут.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.

Контролируемый раздел «Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Актуальные вопросы внутриутробных инфекций. Определение. Этиология и патогенез внутриутробных инфекций (ВУИ). Группы высокого риска ВУИ. Основные пути инфицирования плода.
2. Варианты инфекционного процесса. Особенности ВУИ в зависимости от сроков инфицирования (сроков гестации). Клинические признаки внутриутробного инфицирования, врожденных и перинатальных инфекций. TORCH-синдром. Основные принципы диагностики ВУИ.
3. Герпес-вирусные инфекции. Этиология. Многообразие вирусов герпеса. Пути заражения. Клинические симптомы герпетической инфекции. Формы герпес-вирусной инфекции у новорожденных. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Пути заражения. Клинические симптомы ЦМВ. Диагностика. Лечение. Профилактика.
5. Хламидийная инфекция. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Классификация хламидийной инфекции. Локализованные и генерализованная формы ХИ. Клинические особенности ХИ у беременных и новорожденных. Осложнения. Исходы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Микоплазменная и уреоплазменная инфекции. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Осложнения. Исходы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
7. Врожденный сифилис. Этиология и патогенез. Клиника сифилиса плода. Клиника раннего врожденного сифилиса. Диагноз и дифференциальный диагноз. Специфическая терапия. Показания к профилактическому лечению. Постнатальная профилактика.
8. ВИЧ- инфекция. Диагностика ВИЧ-инфекции до и во время беременности. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности (первый этап профилактики). Особенности диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных. Диагностика ВИЧ-инфекции в родильном отделении.
9. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в родах (второй этап профилактики). Профилактические мероприятия в отношении ребенка (третий этап профилактики). Врожденная ВИЧ-инфекция (ВИЧ-эмбриофетопатия). ВИЧ-инфекция приобретенная в раннем неонатальном периоде. Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных.
10. Санитарно-эпидемиологический режим родильных домов и отделений новорожденных в стационарах.
11. Определение госпитальной (внутрибольничной) инфекции. (ВБИ). Этиология и эпидемиология госпитальной инфекции. Факторы риска ВБИ. Последствия внутрибольничных инфекций
12. Перечень заболеваний, подлежащих учету и регистрации. Эпидемиологический разбор вспышки ВБИ.

13. Концепция профилактики внутрибольничных инфекций. Профилактика ВБИ.
14. Гигиена рук персонала. Способы обработки рук персонала.
15. Профилактика возможных осложнений, связанных с проведением манипуляций у новорожденных.
16. Эпидемиологически безопасные технологии выполнения лечебных и диагностических процедур на всех этапах оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Асептическая бесконтактная техника проведения манипуляций (АНТТ).
17. Эпидемиологический надзор за ВБИ.
18. Определение предвестников эпидемиологического неблагополучия. Снижение риска эндогенного и экзогенного инфицирования, профилактика контактной инфекции.
19. Профилактика возможных осложнений, связанных с проведением манипуляций у новорожденных. Принципы предупреждения катетер-ассоциированных инфекций.
20. Антибактериальная терапия в периоде новорожденности. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики антибактериальных препаратов у новорожденных разного гестационного возраста. Показания к АБ терапии в периоде новорожденности.
21. Современная этиология бактериальных инфекций у новорожденных. Эмпирическая и целенаправленная АБ терапия. Выбор АБ.
22. Антибактериальная терапия недоношенных. Дозировка, кратность введения и пути введения АБ. Препараты первого выбора, препараты второго выбора, антибиотики резерва.
23. Комбинированная АБ терапия. Мероприятия по оптимизации АБ терапии в родильных домах. Мероприятия по оптимизации АБ терапии в ОРИТ и отделениях второго этапа выхаживания новорожденных.
24. Критерии эффективности АБ терапии. Длительность АБ терапии. Побочные эффекты АБ терапии и их профилактика.
25. Иммунотерапия тяжелых инфекций в периоде новорожденности. Иммунитет новорожденных в норме и при патологии. Действия патологических факторов, нарушающих механизмы врожденного и адаптивного иммунитета.
26. Основные иммуностропные препараты, применяемые в неонатологической практике. Показания к назначению иммунотерапии у новорожденных.
27. Препараты иммуноглобулинов для внутривенного введения (ИГВВ, Пентаглобин, Неоцитотект). Комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП)
28. Препараты на основе цитокинов (Ронколейкин). Интерфероны (Виферон). Иммуномодуляторы (ликопид, полиоксидоний, деринат). Выбор иммуномодулирующего препарата. Дозы, схемы лечения.

29. Оценка клинической эффективности иммунотерапии. Осложнения и побочные эффекты иммунных препаратов.
30. Пневмонии. Этиология неонатальных пневмоний при антенатальном, интранатальном, нозокомиальном инфицировании. Внебольничные пневмонии.
31. Эпидемиология неонатальных пневмоний. Патогенез пневмоний. Классификация.
32. Клиническая картина неонатальных пневмоний. Диагностика пневмоний. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения неонатальных пневмоний
33. Кандидозы у новорожденных. Этиология. Эпидемиология кандидозов. Факторы риска. Классификация неонатального кандидоза.
34. Особенности клинической картины локализованных форм, системного, висцерального, генерализованного кандидоза. Диагностика
35. Лечение системных кандидозов. Местное лечение.
36. Бактериальные менингиты. Определение. Эпидемиология. Этиология менингитов у новорожденных. Предрасполагающие факторы
37. Патогенез менингитов у новорожденных. Клиническая картина. Основные синдромы и симптомы. Особенности клинической картины в зависимости от этиологического фактора. Особенности клинической картины менингитов у недоношенных детей.
38. Осложнения бактериального менингита. Прогноз. Исходы. Прогностически неблагоприятные факторы течения менингита. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
39. Сепсис новорожденных. Определение. Этиология. Эпидемиология. Факторы риска развития сепсиса.
40. Классификация сепсиса. Клиническая картина. Клинические проявления неонатального сепсиса в зависимости от этиологии. Признаки системной воспалительной реакции.
41. Критерии синдрома полиорганной недостаточности. Диагностика и дифференциальная диагностика сепсиса. Лечение. Профилактика неонатального сепсиса.

1.2. Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ?

- А) руки персонала
- Б) продукты питания
- В) белье
- Г) предметы ухода

2. ФОРМА №058/У ЯВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, А ИМЕННО

- А) экстренным извещением об инфекционном заболевании
- Б) историей развития ребёнка

- В) медицинской картой ребёнка
Г) журналом учёта профилактических прививок
3. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ НЕОБХОДИМО ПОСЛАТЬ ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ
- А) 12 часов
Б) 3 часов
В) 6 часов
Г) 1 часа
4. НА КАКОЙ СРОК ДАЕТСЯ ОТВОД ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО СЕПСИСА?
- А) 1 год
Б) 1 месяц
В) 3 месяца
Г) 6 месяцев
5. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНУЮ ВАКЦИНАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫМ, КОНТАКТНЫМ С ЗАБОЛЕВШИМИ ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, МОЖНО ПРОВОДИТЬ ЧЕРЕЗ
- А) 10 дней после выписки из родильного дома
Б) две недели после выписки из родильного дома
В) 1 месяц после выписки из родильного дома
Г) 3 месяца после выписки из родильного дома
6. КАК ЧАСТО ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ СМЕНА ИНКУБАТОРА, ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ
- А) 1 раз в 3 дня
Б) 1 раз в неделю
В) 1 раз в 10 дней
Г) 1 раз в 2 недели
7. КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДИВШИМСЯ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ, ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ?
- А) выписать домой после взятия посевов и сообщить в поликлинику
Б) перевести в наблюдательное отделение
В) перевести в отделение патологии новорожденных
Г) все ответы правильные
8. ПРОФИЛАКТИКУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ОБЕСПЕЧИВАЕТ
- А) правильная обработка рук персоналом
Б) соблюдение цикличности заполнения палат
В) регулярная смена халатов персонала
Г) адекватная текущая обработка палат
9. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ
- А) грамотрицательную флору
Б) грибковую инфекцию
В) атипичную флору
Г) респираторные вирусы
10. ТЕРМИН «НОЗОКОМИАЛЬНАЯ (ГОСПИТАЛЬНАЯ) ПНЕВМОНИЯ» ОТРАЖАЕТ
- А) условия, в которых произошло инфицирование
Б) выраженность изменений на рентгенограмме
В) отсутствие необходимости в госпитализации больного
Г) тяжесть состояния больного

11. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРТЕРМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 2000 ГРАММ

- А) гнойный менингит
- Б) сепсис
- В) кишечную инфекцию
- Г) пневмонию

12. ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

- А) серозным менингитом
- Б) пневмонией
- В) отоанtritом
- Г) пиелонефритом

13. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) подозрение на менингит
- Б) подозрение на внутричерепное кровоизлияние
- В) гипертензионно-гидроцефальный синдром
- Г) отек мозга

14. СРЕДИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕНИНГЕАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРЕН

- А) симптом Лесажа
- Б) симптом Кернига
- В) симптом Брудзинского
- Г) симптом ригидности мышц затылка

15. ГИПЕРТЕРМИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) гнойном менингите
- Б) некротизирующем энтероколите
- В) сепсисе
- Г) очаговой бронхопневмонии

16. МОЖЕТ ЛИ ЗАПАДАТЬ БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ПРИ ГНОЙНОМ МЕНИНГИТЕ?

- А) да, при наличии у ребенка обезвоживания
- Б) да, при присоединении вентрикулита
- В) да, при наличии надпочечниковой недостаточности
- Г) нет

17. ДЛЯ КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ ТИПИЧНЫХ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК С ВНУТРИЯДЕРНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ

- А) цитомегаловирусная инфекция
- Б) герпетическая инфекция
- В) токсоплазмоз
- Г) микоплазмоз

18. КАКОЙ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ МЕНИНГИТА ПРИЗНАК, ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА?

- А) увеличение количества нейтрофилов в ликворе
- Б) увеличение количества хлоридов в ликворе
- В) повышение количества белка в ликворе
- Г) эритроциты в ликворе

19. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПРЕПАРАТОВ БУДЕТ

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ
ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

- А) ацикловир
- Б) нецитотект
- В) рибавирин
- Г) валтрекс

20. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕНИНГИТА ОТНОСЯТ

- А) все перечисленное
- Б) гидроцефалия
- В) мультикистозная энцефаломалиция/порэнцефалия
- Г) атрофия белого вещества коры

1.3. Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

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

		кашицеобразный. Мочейспускание не нарушено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Гепатит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Серологическое обследование крови матери и ребёнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции. Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии. ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы. Консультация врача-окулиста и врача-невропатолога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребёнка, судорог, развития гипертензионно-гидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии.

Э	-	Лечение токсоплазмоза у новорожденного с учётом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приёма) 5 дней + Сульфасалазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приёма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3 курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Цитомегаловирусная инфекция, врождённая краснуха, листериоз.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка В., 9 дней, поступила в экстренном порядке в отделение патологии новорождённых с участка по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно: беременность - II, гестоз I и II половины, обострение хронического гнойного риносинусита в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3350 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. К груди приложена на первые сутки, сосала активно.</p> <p>В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались переходные состояния - физиологическая желтуха, токсическая эритема. Выписана домой на 3-и сутки жизни в удовлетворительном состоянии. На 7-й день при активном патронаже педиатр выявил на туловище и конечностях пузыри с серозным содержимым, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении в стационар - состояние средней тяжести, девочка вялая, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые, мраморность. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри, диаметром до 2,5 см, с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая, пупочные сосуды не пальпируются. Зев спокойный. В лёгких дыхание пуэрильное, ЧД – 38 в 1 мин.</p>

		<p>Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 140 в 1 мин. Живот мягкий, печень + 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтый, кашицеобразный, без патологических примесей.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв - 170 г/л, Эр - $5,4 \cdot 10^{12}$/л, Ц.п. – 0,99, тромб–$240 \cdot 10^9$/л, Лейк - $22,2 \cdot 10^9$/л, метамиелоциты – 4 %, п/я – 13 %, с – 54%, л–24 %, м – 3 %, СОЭ – 13 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1014, белок отсутствует, эпителий плоский –1-2 в п/з, лейкоциты –2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 62,4 г/л, билирубин общий - 155 мкмоль/л, непрямой – 135 мкмоль/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций – 2,5 ммоль/л, фосфор – 2,1 ммоль/л.</p>
В	1	Ваш предварительный диагноз и какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
Э	-	<p>Предварительный диагноз: Стафилодермия. Пузырчатка новорождённых (пемфигус), доброкачественная форма.</p> <p>Дополнительные исследования: Бактериологическое исследование (бак. посев) и бактериоскопия содержимого пузырей (выявление стафилококков).</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	<p>А. С другими видами стафилококковых пиодермий:</p> <p>1)Эксфолиативный дерматит Риттера – септический вариант течения пемфигуса, который вызывается госпитальными штаммами золотистого стафилококка, продуцирующими экзотоксин – эксфолиатин. Болезнь начинается в конце 1-й или начале 2-й нед. жизни. С появления гиперемии, мокнутия кожи и образования трещин в области пупка, паховых складок, вокруг рта. Раннее начало заболевания имеет тяжёлое течение. За несколько часов яркая эритема распространяется на кожу живота, туловища, конечностей. Затем на разных участках тела появляются вялые пузыри, трещины, десквамация эпидермиса, оставляющая большие эрозии. Симптом Никольского часто положительный. Тело ребёнка имеет вид обожжённого кипятком. Возникают другие очаги гнойной инфекции: омфалит, отит, конъюнктивит, пневмония, энтероколит и др., т.е. развивается сепсис. Выражены симптомы интоксикации, отказ детей от груди, беспокойство, фебрильная температура. В анализе крови резкие воспалительные изменения. Через 1-2 нед. от начала болезни вся кожа гиперемирована, большие эрозии из-за отслойки эпидермиса. Развивается дегидратация с выраженными</p>

		<p>симптомами эксикоза. При благоприятном исходе вслед за эритематозной и эксфолиативной стадиями наступает эпителизация эрозий без образования рубцов или пигментации.</p> <p>2) Стафилококковый синдром обожжённой кожи (ССОК) также вызывает стафилококк II фаговой группы, продуцирующий эксфолиатин. Клиническая картина подобна проявлениям эксфолиативного дерматита Риттера. Однако у больных нет выраженной интоксикации, нормальная температура тела, дети хорошо сосут. Через 2-3 дня после эксфолиации (скарлатиноподобной десквамации по типу «перчаток», «носков») обнажённые участки кожи подсыхают и заживают без дефектов.</p> <p>Б. Врождённый сифилис проявляется в виде триады: ринит с серозно-гнойным геморрагическим отделяемым, пузырьчатка, гепатоспленомегалия. Эритематозная сыпь, которая становится макулярной и папулезной. Пузырчатка на подошвах, ладонях в виде дряблых пузырей медно-красного цвета на инфильтративном фоне размером 3-10 мм. Могут быть периоститы и остеохондриты трубчатых костей, пневмония, гемолитическая анемия, трещины вокруг рта и ануса, лихорадка, хориоретинит, поражение ЦНС (в 60-85% случаев). Для дифференциальной диагностики проводят специфические серологические исследования у матери и ребёнка (слизь из носа, содержимое пузырей) в динамике (бактериоскопия, ПЦР, ИФА, РМП и др.).</p> <p>В. «Белая рожа» - стрептодермия, при которой отсутствует гиперемия поражённых участков кожи (локальная бледность), иногда возникают пузыри, подкожные абсцессы и некрозы. Состояние детей тяжёлое, быстро ухудшается, выражена интоксикация, появляются диспепсия, миокардит, менингит и поражение почек.</p> <p>Г. Врождённые и наследственные заболевания кожи.</p> <p>1) Врождённый буллезный эпидермолиз (БЭ). Описано 20 вариантов болезни. Это группа наследственных заболеваний с образованием пузырей на коже и слизистых в месте давления или минимальной травмы, при нагревании или спонтанно. У новорождённых в основном встречаются 4-е формы: простой БЭ (варианты Кебнера, Вебера Коккайна), гиперпластический дистрофический БЭ, летальный злокачественный БЭ, рецессивная дистрофическая форма БЭ.</p> <p>2) Буллезная ихтиозиформная эритродермия.</p> <p>3) Десквамативная эритродермия Лейнера.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

В	3	Назначьте лечение.
Э	-	<p>Ребѐнка с пемфигусом госпитализируют в специализированное отделение детской больницы. Продолжают грудное вскармливание материнским молоком, если оно стерильно. Консультация больного хирургом.</p> <p>Местная терапия:</p> <p>1) Кожу вокруг пузырей обрабатывают 1-2% спиртовым раствором бриллиантового зелёного. Пузыри прокалывают в асептических условиях, здоровые участки обкладывают стерильными салфетками. Содержимое пузырей отправляют на бактериоскопию и посев.</p> <p>2) Эрозии подвергают УФ-облучению с последующей обработкой мазями и пастами, содержащими антибиотики: бактробан (2 % мазь мупироцина – антибиотика широкого спектра действия для местного применения), ируксол, левомиколь, левосин, диоксиколь, диоксифен, гелиомициновая, эритромициновая, линкомициновая мази.</p> <p>3) Гигиенические ванны с применением дезинфицирующих средств: раствор калия перманганата 1:10 000, отвары чистотела, ромашки.</p> <p>Общая терапия злокачественной формы пузырчатки:</p> <p>1) Антибиотикотерапия (защищённые пенициллины – амоксиклав, аугментин; цефалоспорины I поколения – цефазолин, цефалотин в комбинации с аминогликозидами – амикацин, гентамицин).</p> <p>2) Специфическая иммунотерапия – антистафилококковый иммуноглобулин.</p> <p>3) Инфузионная в режиме физиологической потребности и симптоматическая терапия по показаниям.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	4	Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме?
Э	-	Ребѐнка немедленно переводят в специализированное отделение детской больницы, где проводится бактериологическое исследование содержимого пузырей и антибиотикограмма, так как стафилококки устойчивы ко многим антибиотикам. Прекращают приём детей в палату, где находился больной с пемфигусом. Всем

		контактным новорождённым детям проводят смену пелёнок и одеял, назначают бифидумбактерин. Кожу детей осматривают при каждом пеленании. Проводится тщательная текущая санитарная обработка детских палат. В СЭС отправляют экстренное извещение о данном заболевании. Контроль за состоянием кожи у контактных детей в течение недели.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Возможные исходы и прогноз?
Э	-	Доброкачественная форма пемфигуса при своевременно начатом активном лечении заканчивается выздоровлением через 2-3 нед. от начала заболевания. На месте пузырей не остается рубцов и пигментации. Злокачественная форма пузырчатки часто заканчивается сепсисом.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	01
Ф	Код функции	Текст названия трудовой функции
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Врач-педиатр участковый пришёл на патронаж к новорождённому ребёнку. Мальчику 4 суток жизни. Из анамнеза известно: беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Ребёнок от срочных родов, наблюдалось двухкратное обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Масса тела 3450 г, длина - 52 см.</p> <p>Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.</p> <p>Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.</p> <p>Выписан из роддома на 4 сутки с уровнем билирубина 134 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.</p> <p>При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.</p> <p>Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).</p> <p>Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор</p>

		<p>подбородка.</p> <p>Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Большой родничок 2,0x2,0 см, не выбухает. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук лёгочный. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги. Стул мажвидный, 4 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку.</p>
В	1	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	<p>Диагноз «здоров». Физиологическая желтуха новорождённого, группа риска по патологии ЦНС.</p> <p>Группа здоровья: II.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
В	2	Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
Э	-	<p>На группу риска по ППНС повлияли следующие факторы в отягощённом биологическом анамнезе: беременность I, протекавшая на фоне токсикоза 1 и 2 половины беременности, во время родов наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, ребёнок закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка, по оценке шкалы Апгар - 6/8 баллов после родов уровень билирубина непрямого - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.</p>
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
Э	-	<p>Режим для данного возраста не предусматривает строгое соблюдение временных интервалов. Кормление – по требованию. Мама предъявляет жалобы на чувство нехватки молока и самостоятельно докармливает смесью. По данному поводу необходимо маме указать на частое прикладывание к груди, дополнительный питьевой режим, проведение контрольного взвешивания.</p> <p>Рекомендации по профилактике гипогалактии (лактогонные чаи, контрастный душ, психологический комфорт, соблюдение режима сна).</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

В	4	Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
Э	-	Ребёнок относится ко II группе здоровья. Осмотр врача-педиатра участкового 2 и более раз (по состоянию) и в 1 месяц первый профилактический осмотр амбулаторно. В связи с высоким уровнем билирубина в крови необходимо следить за уровнем желтушности кожных покровов и провести биохимический анализ крови с определением общего, прямого и непрямого билирубина в динамике по показаниям или использование Билитеста.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
В	5	Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.
Э	-	Профилактические прививки данному ребёнку будут проводиться по календарю, медицинских показаний для индивидуального календаря нет.
P2	-	План прививок составлен верно
P1	-	План прививок составлен не полностью
P0	-	План прививок составлен неверно
Н	-	01
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок К., из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, кольпитом, острым гестационным пиелонефритом. Роды -1-е, в 30 недель беременности путем экстренной операции кесарева сечения двойней. Безводный промежуток 12 часов. Вод не было, гнилостный запах. Матери 22 года, страдает гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, аднекситом, в анамнезе невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности).</p> <p>Акушерский диагноз: Преждевременные роды 1 в 30 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Дородовое излитие околоплодных вод. Монохориальная диамниотическая двойня. Неиммунная водянка 1 плода, антенатальная смерть. Ангидроамнион 2 плода. Невынашивание. Гипертоническая болезнь. Острый гестационный пиелонефрит. ВУИ. Многоводие 1 плода.</p> <p>Девочка К., вторая из двойни, масса при рождении - 1200 г, рост – 38 см, окружностью головы – 28,5 см, груди – 24,5 см. Оценка по</p>

		<p>шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет синдрома угнетения. В родовом зале проведена санация верхних дыхательных путей, желудка, ИВЛ мешком Амбу через маску в течение 4-х минут. После реанимационных мероприятий появился слабый крик. При осмотре выявлены некрозы тканей головы, ног, поясничной области. Дыхание ослабленное, единичные крепитирующие хрипы, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, ЧД 64 в 1 мин. Получала комплексную интенсивную терапию – ранний назальный СРАР, антибактериальную, инфузионную, минимальное энтеральное питание. Через 6 часов после рождения отмечен эпизод артериальной гипотонии.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв 145 г/л, Эр. $3,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 0,99,</p> <p>Тромб. $85 \cdot 10^9/л$, Лейк. $5,5 \cdot 10^9/л$, миелоциты 5%, п/я 10 %, с 43 %, л 34 %, м– 8 %, СОЭ – 6 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов +++.</p> <p>НСГ – незначительный перивентрикулярный отек.</p>
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	<p>Учитывая, что новорожденная девочка от матери с хронической соматической патологией (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит), высоким инфекционным индексом (аднексит, кольпит, пиелонефрит), репродуктивными потерями в анамнезе (выкидыши, смерть 1-го новорожденного из двойни), осложненным течением беременности двойней с угрозой прерывания, родилась в 30 недель гестации путем экстренной операции кесарева сечения с длительным безводным промежутком, практически без околоплодных вод, с гнилостным запахом, внутриутробно инфицированной, с задержкой внутриутробного развития, с множественными гемангиомами, в асфиксии средней тяжести, с респираторными расстройствами, синдромом угнетения; явления артериальной гипотонии через 6 часов после рождения, выявленный анемический синдром, лейкопению со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопенией, данные НСГ, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Респираторный дистресс-синдром новорожденного Конкурирующий: Ранний неонатальный сепсис. Септический шок.</p> <p>Сопутствующие:</p> <p>1.Церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения ЦНС. 2.Анемия средней тяжести.</p> <p>Фон: Недоношенность 30 нед. ЗВУР 1 ст., диспластический вариант. Вторая из двойни. Асфиксия средней тяжести.</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.

P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
B	2	Какова тактика ведения новорожденного?
Э	-	<p>АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, Tin 0,3-0,35с, РЕЕР 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РІР 16-30см вод. ст., поток 2-3л/мин/кг. Провести восполнение ОЦК. Тест с разовой объемной нагрузкой 0,9% раствором натрия хлорида в дозе 12 мл (10 мл/кг) в течение 10 минут, затем продолжить введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 12 мл в течение 20 минут до достижения объема 20 мл/кг.</p> <p>Включить в комплексную терапию постоянную инфузию добутамина 8 мкг/мин (2-10кг/кг/мин).</p> <p>Согревание в кувете с t 36,6°C.</p> <p>Проводить инфузионную терапию в объеме 80 мл/кг/сут – 4 мл/час. Проводить коррекцию ацидоза, гипогликемии, гипомагниемии. Антибактериальная терапия.</p> <p>Минимальное энтеральное питание.</p> <p>В лечении добавить пентоглобин 5 мл/кг/сут в течение 3-х дней или через день со скоростью 1,7 мл/кг/час.</p> <p>Поставить на учет в ОРИТ.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Проведите дифференциально-диагностические мероприятия.
Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах рентгенологического исследования. Следует дифференцировать с сепсисом пневмонией, транзиторным тахипноэ новорожденных, синдромом аспирации мекония.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите противопоказания для терапии сурфактантом.
Э	-	<p>Легочное кровотечение</p> <p>Отек легких</p> <p>Артериальная гипотензия или шок</p> <p>Гипотермия Декомпенстрированный ацидоз</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно

P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте питание ребёнку.
Э	-	Полное парентеральное питание. Потребность в энергии в 1-ые сутки – 20 ккал/кг/сут. (24 ккал). В 100 мл 10% глюкозы содержится 34 ккал, 24 ккал – в 71 мл. Поэтому в составе инфузионной терапии должно быть не менее 71 мл 10% глюкозы. Подключить белок и липиды по физ.потребности.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорожденный Л., переведен в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно: матери 17 лет, страдает хроническим пиелонефритом, беременность - I, протекала на фоне гестоза и обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Роды в 39 недель, 1-й период родов - 22 часа, 2-й – 40 минут, безводный промежуток – 23 часа. Задние воды зеленые с гнилостным запахом. Масса тела при рождении 2530 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. При первичном осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. С первых часов жизни проводилась инфузионная и антибактериальная терапия.</p> <p>При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожный покров серый, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД - 84 в минуту, апноэ. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 170 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: синдром угнетения.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb – 175 г/л; Эр. – $5,3 \cdot 10^{12}/л$; ЦП – 0,9; Тромб. – $235,0 \cdot 10^9/л$; Лейк. – $30,1 \cdot 10^9/л$; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2%, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 49 mm Hg, pCO_2 – 70 mm Hg, pH – 7,21, BE = – 18 ммоль/л; AB = 9 ммоль/л; SB = 8 ммоль/л; BB = 19 ммоль/л.</p>
B	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку, обоснуйте.

Э	-	<p>Учитывая инфекционную патологию матери (хронический пиелонефрит) с обострением в третьем триместрах, затяжные роды с длительным безводным промежутком (23 часа), зеленоватые, с неприятным запахом околоплодные воды, задержку внутриутробного развития, асфиксию в родах (оценка по шкале Апгар 5/7 баллов), снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии, бледность с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышку с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта, прогрессирующее ухудшение состояния, гипотермию, нарастающие явления дыхательной недостаточности, перкуторное укорочение звука над легкими, ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы с обеих сторон, тахикардию, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипоксемию, ацидоз, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Врожденная пневмония неуточненная, тяжелая. (Врожденная трансплацентарная пневмония). ДН III степени</p> <p>Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. ЗВУР 2 ст., гипотрофический вариант</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Перечислите предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данного заболевания.
Э	-	<p>Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> •осложненное соматической или акушерской патологией течение беременности у матери, приводящее, с одной стороны, к хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии (вызывают патологический ацидоз, повреждающий легкие), с другой - к угнетению иммунологической реактивности организма ребенка (более низкие величины активности фагоцитарной функции нейтрофилов, уровень иммуноглобулинов класса G и др.); •асфиксия с аспирационным синдромом; •длительный безводный промежуток, особенно у ребенка с внутриутробной гипоксией; •частые вагинальные исследования женщины в родах; •наличие инфекционных процессов у матери (в мочеполовой сфере - предрасполагает к инфицированию в родах, в дыхательных путях - к постнатальному инфицированию); •пневмопатии, пороки развития и наследственные заболевания легких;

		<ul style="list-style-type: none"> •внутричерепная и особенно спинальная травма (на уровне верхних шейных или грудных сегментов), энцефалопатия; •склонность к срыгиваниям и рвоте; •недоношенность и задержка внутриутробного развития плода из-за сочетанного действия 1—7-й групп факторов. К нозокомиальным пневмониям предрасполагают: <ul style="list-style-type: none"> •длительная госпитализация; •любые длительные и тяжелые заболевания; •скученность и переуплотнение палат и отсутствие их регулярного профилактического закрытия на санобработку; •дефицит сестринского персонала; •недостатки мытья рук персонала; •широкое профилактическое назначение антибиотиков; •множественные инвазивные процедуры; •дефекты санобработки вентиляторов, увлажнителей и обогревателей воздушно-кислородной смеси, аэрозольных установок; •интубация трахеи. Интубация — один из наиболее существенных факторов высокого риска развития пневмонии из-за возможности перемещения флоры полости рта, носа, носоглотки в трахею, бронхи, нарушений дренажной функции воздухоносных путей по удалению слизи и другого содержимого. Инфицированные вентиляторы, увлажнители - один из основных источников инфекции при вентилятор-ассоциированных пневмониях. Синегнойная палочка и клебсиеллы при этом наиболее частые возбудители, ибо они долго сохраняются именно в водной среде.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
B	3	На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
Э	-	На 26-й неделе у плода происходит развитие альвеол — воздушных пузырьков в легких, выделяющих поверхностно-активное вещество, препятствующее слипанию легочной ткани. Это создает предпосылки для дыхания после рождения.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Дифференциальный диагноз пневмоний проводят с РДС, синдромом аспирации мекония, транзиторным тахипноэ, ателектазами,

		синдромами «утечки воздуха», пороками развития легких, внелегочными причинами расстройств дыхания (врожденные пороки сердца, метаболические нарушения и др.). При затяжном течении пневмонии, обилии мокроты, длительно держащихся обструктивных явлениях дифференциальный диагноз проводят с муковисцидозом, синдромом «неподвижных ресничек», хотя не следует забывать и о рецидивирующих срыгиваниях и рвоте с последующей аспирацией. При тяжелом пароксизмальном кашле, заканчивающемся рвотой, необходимо исключить коклюш.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Оптимальным видом питания, является нативное грудное молоко.</p> <p>3. Кислородная поддержка: АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, T_{in} 0,3-0,35с, РЕЕР4-5см вод. ст., ЧДД 60 в мин, PIP16-20см вод. ст., поток 5-10л/мин/кг.</p> <p>4. Антибактериальная терапия. Основным видом лечения пневмонии является максимально раннее назначение эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики следует назначать сразу, как только высказано предположение о диагнозе пневмонии.</p> <p>Учитывая своеобразие этиологии врожденной пневмонии, клинически манифестировавшей в первые 72 часа жизни ребенка (ранней врожденной пневмонии), препаратами выбора является ампициллин в сочетании с аминогликозидами: гентамицином, амикацинном, нетилмецинном. Ампициллин в/в или в/м 100-150мг/кг/сут в 2 введения+Амикацин в/в или в/м 15 мг/кг/сут в 1 введение или Гентамицин в/в или в/м 5-7мг/кг/сут в 1 введение или Нетилмецин в/в или в/м 5 мг/кг/сут в 1 введение Альтернативными ЛС, которые назначаются при отсутствии эффекта через 48 часов антибактериальной терапии, являются цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммунотерапия. Иммунозаместительная терапия используется главным образом в виде в/в введения иммуноглобулина. Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 500-800мг/кг 1 раз в 1-2сут.</p> <p>6. Симптоматическая терапия определяется клинической картиной заболевания, но почти обязательным компонентом является назначение муколитиков, препаратом выбора является амброксол, который оказывает литическое действие на бронхиальный секрет, а также повышает синтез сурфактанта альвеоцитами 2ого порядка и</p>

		замедляет его распад. Муколитики в зависимости от состояния ребенка вводятся внутрь или ингаляционно через небулайзер. Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2р/сут, 7-10сут.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорожденная девочка Л., возраст - 15 суток, из анамнеза известно: данная беременность II, протекала нормально, роды II. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 3-есутки жизни. Дома имела контакт с родственником больным ОРВИ.</p> <p>На 12 день жизни родители отметили у ребенка затрудненное носовое дыхание, обильное слизисто-гнойное отделяемое из обоих носовых ходов, подъем t° до $37,5^{\circ}\text{C}$. Был вызван участковый педиатр, поставлен диагноз ОРВИ, назначены сосудосуживающие капли в нос. Через 2 дня отмечено резкое ухудшение состояния за счет подъема t° до 38°C и выше, девочка стала беспокойной, отказывалась от груди, появились срыгивания, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован в экстренном порядке.</p> <p>При осмотре в стационаре: ребенок беспокоен, мышечный тонус и старт-рефлексы новорожденного снижены, кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, необильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено, в зеве-гиперемия. ЧД - 70 в минуту, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука – ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС - 160 в 1 минуту. Живот несколько вздут, печень + 1 см, селезенка не пальпируется.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв – 168 г/л, Эр – $5,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; ЦП – 0,9; тромб.– $240,0 \cdot 10^9/\text{л}$; Лейк. – $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 12%, с – 59%, э – 1%, л –</p>

		19%, м –9%, СОЭ – 14 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка выявляются очаги с понижением прозрачности и перифокальной воспалительной реакцией.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: Постнатальная пневмония смешанной вирусно-бактериальной этиологии, правосторонняя, очаговая, нетяжелая, неосложненная, ДН II степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных.
Э	-	<p>Нос новорожденного относительно мал и короток. Носовые ходы и верхние дыхательные пути очень узки, полости носа недоразвиты. Нижний носовой ход у новорожденных и у детей первых месяцев жизни отсутствует, Слизистая оболочка, выстилающая носовые ходы, нежна, богата кровеносными и лимфатическими сосудами, часто наблюдается физиологическое набухание слизистых оболочек, что затрудняет носовое дыхание. Здоровый ребенок дышит только через нос, ртом он дышать не умеет.</p> <p>Евстахиева труба, которая соединяет носоглотку со средним ухом, относительно коротка и широка. Это создает благоприятные условия для заноса инфекции из носоглотки в полость среднего уха.</p> <p>Придаточные пазухи в раннем возрасте недоразвиты. Гайморовы и лобные пазухи развиваются лишь к 2 годам, а окончательного развития достигают к 12—15 годам.</p> <p>Глотка у новорожденного узкая, покрыта нежной слизистой оболочкой, богатой кровеносными сосудами. Глоточное лимфатическое (вальдейровское) кольцо у новорожденного развито слабо, миндалины очень маленькие, при осмотре они не выступают из-за дужек.</p> <p>Гортань, трахея и бронхи у ребенка уже, чем у взрослого. Слизистая, выстилающая эти отделы, богата кровеносными сосудами, при воспалении легко набухает, что вызывает сужение просвета. Голосовая щель в гортани расположена между голосовыми связками, она узка и коротка. Поэтому даже при умеренных воспалениях гортани легко возникает сужение голосовой щели (стеноз), что приводит к затруднению дыхания и даже удушью. При поражении голосовой щели появляется сиплый голос, лающий кашель, свистящее затрудненное дыхание. При осмотре отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков.</p>

		<p>Легкие богаты кровеносными сосудами, но в отличие от легких взрослого менее воздушны и бедны эластичной тканью.</p> <p>Грудная клетка ребенка ограничена в подвижности. Это объясняется: 1) горизонтальным расположением ребер, что препятствует расширению грудной клетки при вдохе, а тем самым и расширению легких; 2) слабостью дыхательной мускулатуры в силу ее недоразвития. Легкие расширяются в основном в сторону податливой диафрагмы. Все условия, затрудняющие движение диафрагмы (метеоризм кишечника, увеличение печени и т. д.), уменьшают вентиляцию легких.</p> <p>Возрастные особенности строения грудной клетки и легких обуславливают некоторые особенности дыхания — это поверхностный его характер и более частое дыхание.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	3	План обследования новорожденного с подозрением на пневмонию.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> •рентгенография грудной клетки в двух проекциях; •клинический анализ крови с подсчетом количества эритроцитов, гематокритного числа, тромбоцитов, лейкоцитов и лейкоцитарной формулы; •биохимический анализ крови (С-реактивный белок, белки и белковые фракции, иммуноглобулины сыворотки крови); •газовый состав крови (напряжение кислорода и углекислого газа, показатели КОС); •вирусологические (мазок из соскоба конъюнктив, слизи носа и зева на обнаружение вирусов, хламидий при помощи иммунофлюоресцентных сывороток, определение титра антител к вирусам в динамике через 10—14 дней путем РТНГА, РСК и др.) и бактериологические обследования (посевы и бактериоскопия слизи из носа, зева, содержимого бронхов, крови до назначения антибиотиков); •анализ мочи; •иммуноферментные и ДНК-полимеразные тесты для выявления антигенов микробов в крови и других биологических материалах; •микроскопия окрашенных по Грамму мазков из содержимого трахеи и бронхов.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно

P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	4	Особенности течения пневмоний у недоношенных детей.
Э	-	<p>1. Доминирование в клинике общих симптомов, дыхательной недостаточности и токсикоза. Типично наличие признаков угнетения ЦНС. Характерны нарушение ритма дыхания, приступы апноэ, периодическое дыхание типа Чейна—Стоксаи др.</p> <p>2. Лихорадка у недоношенных бывает не всегда, возможна гипотермия.</p> <p>3. Гораздо большая частота осложнений, как легочных (пневмоторакс, ателектазы, плеврит и др.), так и внелегочных (отит, парез кишечника, гемодинамические расстройства, ДВС-синдром, гипотрофия, недостаточность надпочечников, метаболические нарушения – смешанный ацидоз, гипогликемия, гипербилирубинемия, гипокальциемия, гипонатриемия, гипокалиемия).</p> <p>4. Выше частота развития при пневмонии застойных явлений в легких (крепитирующие хрипы).</p> <p>5. У недоношенных гораздо чаще пневмония осложняется синдромом персистирующего фетального кровообращения, а после длительной ИВЛ - синдромом открытого артериального протока.</p> <p>6. Более часты нарушения периферического кровообращения — отечный синдром, периорбитальный и акроцианоз, мраморный рисунок кожи, сероватый ее колорит, похолодание кистей и стоп.</p> <p>7. Перенесенная пневмония — предрасполагающий фактор для развития ранней анемии недоношенных и рахита.</p> <p>8. У недоношенных чаще, чем у доношенных, встречаются аспирационные пневмонии из-за склонности их к срыгиваниям.</p> <p>9. Нередка и даже типична такая последовательность событий: РДСН - пневмония - сепсис, в отличие от доношенных, у которых легкие исключительно редко являются входными воротами инфекции при сепсисе.</p> <p>10. Высокая частота сочетания пневмонии с другими заболеваниями (внутричерепные геморрагии, кишечная колиинфекция, гемолитическая болезнь новорожденных и др.).</p> <p>11. Большая, чем у доношенных, длительность неустойчивого клинического состояния больных и течения болезни, частота отдаленных последствий - бронхолегочных дисплазий, приводящих к рецидивирующим бронхолегочным заболеваниям.</p>

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Нативное грудное молоко или грудь матери.</p> <p>3. Кислородная поддержка (увлажненный теплый кислород каждые 2 часа по 20 минут).</p> <p>4. Антибактериальная терапия.</p> <p>Ампициллин в/в или в/м 100-150мг/кг/сут в 2 введения +Амикацин в/в или в/м 15 мг/кг/сут в 1 введение или Гентамицин в/в или в/м 5-7мг/кг/сут в 1 введение или Нетилмецин в/в или в/м 5 мг/кг/сут в 1 введение Альтернативно при отсутствии эффекта через 48 часов - цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммунотерапия: Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 400 мг/кг 1 раз в день 3 дня.</p> <p>6. Виферон 1 (150 000 МЕ) по 1 свече x 2 раза в день ректально 5 дней.</p> <p>7. Симптоматическая терапия: Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2р/сут, 7/10 сут.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный мальчик П., из анамнеза известно: беременность – II, роды – I в 38 недель. I-я беременность закончилась медицинским абортom. Мать страдает хроническим пиелонефритом. Настоящая беременность протекала с гестозом первой половины беременности, анемией, в 29-31 нед. наблюдалось обострение хронического пиелонефрита, лечилась стационарно. Ребенок родился в тяжелой асфиксии (оценка по шкале Апгар 2 балла, в родовом зале проведена интубация трахеи, начата АИВЛ). Масса тела при рождении - 1980г, рост 51 см. При наблюдении в первые 3 часа жизни – состояние ребенка тяжелое, на осмотр не реагирует. Температура тела 38,7 ⁰ С.

		<p>По внутренним органам без особенностей. К концу вторых суток – приступ клонико-тонических судорог. Большой родничок напряжен, выбухает, расхождение по сагиттальному шву до 1,0 см.</p> <p>Температура тела 38,8⁰С. Кожа с сероватым оттенком, мраморность. Тоны сердца приглушены, ЧСС 166 в минуту. Дыхание аппаратное, хрипов нет. Живот вздут, безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв – 175 г/л, Эр – 4,1·10¹²/л; ЦП – 0,9; тромб.– 210,0·10⁹/л; Лейк – 19,1·10⁹/л, п/я – 12%, с – 59%, э – 1%, л – 19%, м – 9%, СОЭ–34 мм/час.</p> <p>Анализ спинно-мозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок - 2900 мг/л, реакция Панди - +++++, цитоз - 9300 в 3 мкл: нейтрофилы - 87%, лимфоциты – 13%.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Основной: Острый внутриутробный гнойный менингит (ранний бактериальный менингит новорожденного).</p> <p>Фон: Асфиксия тяжелая. Задержка внутриутробного развития 3 ст., гипотрофический вариант.</p>
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Основной метод диагностики данного состояния, показания к нему?
Э	-	<p>Во всех ситуациях решающая роль в диагностике принадлежит исследованию СМЖ, поэтому спинномозговую пункцию следует проводить во всех сомнительных случаях, при малейшем подозрении на менингит.</p> <p>Показания к спинномозговой пункции: Судорожный синдром неясной этиологии; Гипертермия неясной этиологии; Ригидность затылочных мышц, гиперестезия; Кома неясной этиологии; Прогрессирующие угнетение или возбуждение; Быстро нарастающая внутричерепная гипертензия (выбухание и напряжение большого родничка, расхождение черепных швов, экстензорная гипертония в ногах).</p>
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Что лежит в основе классификации данной патологии?
Э	-	Внутриутробные менингиты, как правило, клинически проявляются в первые 48-72 часа после рождения (ранние), постнатальные менингиты могут появиться в любом возрасте, но чаще всего после 3-4 суток жизни (поздние).

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

		препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок Д. (мальчик) в возрасте 1 суток поступил из родильного дома в ОРИТ новорожденных в тяжелом состоянии. Масса тела при рождении - 1960 гр, длина - 46 см. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, 2 родов в 34 недели гестации, 1 беременность - медицинский аборт, 2 – срочные роды, 3 – настоящая. У матери при постановке на учет в ЖК выявлен сифилис (от лечения отказалась), трихомониаз, эрозия шейки матки.</p> <p>Через 3 часа после рождения ребенок доставлен в ОРИТ новорожденных в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния обусловлена церебральной и дыхательной недостаточностью. Объективно: ребенок вялый, глаза не открывает, подстывает, диффузная мышечная гипотония, гипорефлексия. Носовое дыхание затруднено. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на ладонях и подошвах вялые пузыри с серозным содержимым. Из глаз - гнойное отделяемое. Дыхание поверхностное 75 в минуту с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС - 170 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на + 3,5 см, селезенка +1 см.</p> <p>У матери диагноз: Lues II recens (пятнисто-папулезный сифилид, лимфаденит), МРП 2 +, РПГА +.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	<p>Осн.: Ранний врожденный сифилис с симптомами (сифилитическая пузырьчатка, сифилитическая пневмония, сухой ринит, гепатоспленомегалия).</p> <p>Соп: Церебральная ишемия 2 ст, с-м угнетения. Гнойный конъюнктивит. Фон: Недоношенность 34 недели.</p>
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Что такое сифилитическая триада?
Э	-	Сифилитическая пузырьчатка, сифилитический ринит, гепатоспленомегалия.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Назначьте лечение.
Э	-	<p>Лечение проводится одним из препаратов пенициллина. Суточная доза - 100000 ЕД/кг/сут. 6 раз в день.</p> <p>Бензилпенициллина натриевая соль в/м 100 000 ЕД/кг 6 раз в день 14 суток</p>

		Альтернативные ЛС : цефтриаксон в/м 50 мг/кг/сут.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Назовите алгоритм диагностики раннего врожденного сифилиса.
Э	-	1. исследование крови из пуповины на РМП (количественное), 2. осмотр, взвешивание и патоморфологическое исследование плаценты, 3. клиническое обследование новорожденного (педиатром, дерматовенерологом, невропатологом, окулистом, лор-врачом), 4. исследование спинномозговой жидкости (цитоз лимфоцитарного характера, белок, ИФА, РПГА), 5. рентгенография трубчатых костей предплечий и голеней (остеохондриты и периоститы), 6. серологическое исследование венозной крови на 7-8 день жизни – РМП, РПГА, ИФА, при необходимости РИФ, РиБТ, при возможности-IgM-ИФА.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	5	Укажите изменения со стороны плода в зависимости от срока инфицирования при ВУИ.
Э	-	Характер инфекционного процесса у плода определяется сроком гестации, в котором произошло заражение. При инфицировании зародыша в эмбриональном периоде (от середины первого месяца до конца 3-го мес. - до окончания органогенеза) происходит формирование пороков развития и часто заканчивается гибелью эмбриона. Инфекционные процессы в раннем фетальном периоде, с начала 4-го до конца 6-го, начала 7-го месяцев беременности, могут выражаться в нарушении нормального развития ряда систем, особенно ЦНС, или протекают с теми же явлениями, что и в более поздние сроки беременности. При заражении после 27 недели беременности инфекционное заболевание плода сопровождается такими же воспалительными реакциями и клиническими симптомами, которые наблюдаются у новорожденных. Исход инфекционных заболеваний в антенатальном периоде может быть различным: а) нередко плод погибает до рождения; б) он может родиться больным, или в) рождается с остаточными явлениями болезни, когда острый период болезни протекает внутриутробно.

		Заражение плода может происходить и во время рождения путем аспирации и заглатывания инфицированной слизи родового канала или инфицированных вод; это часто происходит в результате длительного безводного периода. При интранатальном инфицировании первые признаки заболевания могут появляться у ребенка в разные сроки после рождения, от нескольких часов до нескольких дней. Продолжительность инкубационного периода зависит от вирулентности возбудителя, массивности инфицирования и состояния плода к моменту рождения.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик Н. от 7 беременности. Первая – пятая беременности - медицинские аборт. На учет в женскую консультацию встала в 27 нед. При обследовании выявлен Lues, лечилась стационарно - получила специфическую терапию. Роды преждевременные в 29 недель. Околоплодные воды зеленые, с запахом. Родился мальчик в состоянии асфиксии средней степени тяжести, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов, масса 1620, рост 43 см. Состояние на момент рождения средней тяжести за счет асфиксии, синдрома угнетения ЦНС, ВУИ, на фоне недоношенности. В раннем неонатальном периоде состояние тяжелое. На осмотр реагирует вяло, крик болезненный, глаза практически не открывает, физиологические рефлексы снижены, гиподинамия. Кожа бледно-мраморная, акроцианоз, шелушение. Слизистые чистые. Тургор кожи снижен. Подкожно-жировой слой развит слабо. В легких дыхание проводится по всем полям, дополнительных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Пупочная ранка под корочкой. Стул переходный. Диурез 2 мл/кг/час.</p> <p>Серологический анализ пуповинной крови: МРП ++, РПГА 1:1280, IgM 1:160, IgG 1: 1280.</p> <p>Ребенок на 10 сутки переведен в отделение патологии новорожденного инфекционного стационара.</p> <p>Серологический анализ крови (в стационаре): РПГА 1:5120, IgM 1:80, IgG 1: 2560.</p> <p>Рентгенография трубчатых костей: без патологии.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	<p>Осн: Ранний врожденный сифилис скрытый. Соп: Церебральная ишемия 2 ст, с-м угнетения. Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. Недоношенность 29 недель.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.

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

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	<p>Мальчик Ю., возраст 3 недели, поступил в стационаре с педиатрического участка. Из анамнеза известно, что ребенок от молодых родителей, данная беременность 1-я, протекала на фоне гестоза, в конце 3-го триместра отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, к консультации не обращалась, лечилась самостоятельно. Роды преждевременные на 36-й неделе, безводный промежуток – 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2650 г, длина тела 47 см, окружность головы – 35,5 см, грудной клетки – 32,5 см.</p> <p>Выписан из родильного дома на 10-й день жизни. Дома мама отмечала, что ребенок вялый, сосет неудовлетворительно, прибавка в массе за месяц составила 180 г. Состояние при поступлении тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая, тургор снижен. Голова гидроцефальной формы, окружность головы 40,5 см, грудной клетки – 34,5 см, расхождение костей черепа по сагитальному и венечному швам, большой родничок 4*4 см. Выражен симптом «заходящего солнца», горизонтальный нистагм. Печень +2,5 см из-под реберного края; селезенка на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Анализ спинно-мозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок 1660 г/л, цитоз – 32 в 3 мкл: нейтр.-5%, лимф.-27%. РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка - 1:64, у матери - 1:192.</p>
В	1	О каком заболевании можно думать?
Э	-	Осн.: Врожденный токсоплазмоз. Фон: Недоношенность 36 недель.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
Э	-	Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), метод иммуноферментного анализа (ИФА).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Какие изменения могут быть выявлены окулистом?
Э	-	Хориоретинит, увеит, колобома.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно

P0	-	Ответ неверный
B	4	Принципы лечения данного заболевания.
Э	-	Препараты пиримидина (хлоридин, дараприм) 0,001 мг/кг в 2 приема – 5 дней, + сульфонамид 0,1/кг (в 3 – 4 приема) – 7 дней, таких 3 курса с интервалом 7-14дней. Повторяют через 1-2месяца Или Пириметамин+Клиндамицин 10-40мг/кг в сут. в 3 введения. Или Спирамицин 150000-300000 Ед/кг в сут. в 2 приема 10 дней Или Азитромицин 5 мг/кг в сут. в течение 7-10дней.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Назначьте питание.
Э	-	Грудь матери по требованию ребенка. Докорм смесью «ПРЕ НАН»
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок Б. в возрасте 5 суток переведен в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что беременность - III, роды - II. Первый ребенок здоров, II беременность - выкидыш. Мать встала на учет в ЖК по беременности в 8 недель. В конце II триместра перенесла гриппоподобное заболевание, лечилась самостоятельно. Роды срочные в 38 недель беременности, масса ребенка при рождении - 2580г, рост 50 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Околоплодные воды зеленого цвета. С первых суток состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует вяло, крик слабый, физиологические рефлексы нестойкие быстро угасают, наблюдается спонтанный рефлекс Моро, Бабинского. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, цианоз носогубного треугольника, усиливается при нагрузке, со 2 суток появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Дыхание пуэрильное, дополнительных дыхательных шумов нет, ЧД – 38 в 1 мин., сердечные тоны ритмичные, ЧСС – 140 в 1 мин. Живот мягкий безболезненный, доступен пальпации во всех отделах, печень +3см, селезенка +1 см из-под края реберной дуги. Стул переходный, мочеиспускание свободное, безболезненное. В возрасте 5 суток переведен в стационар для дополнительного обследования и лечения. Серология крови: IgM к ЦМВ (пол)

В	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку.
Э	-	Осн.: Врожденная цитомегаловирусная инфекция, гепатоспленомегалия. Конк. : Церебральная ишемия II, синдром угнетения, острый период. Фон: Асфиксия средней степени тяжести. Соп.: ЗВУР II, гипопластический вариант.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
Э	-	Для установления степени тяжести ЦМВИ необходимо провести дополнительные диагностические исследования, включая НСГ, рентгенографию черепа или КТ (для выявления внутричерепных кальцификатов), рентгенографию трубчатых костей и грудной клетки, биохимическое исследование печени.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	В каком возрасте и на основании чего можно поставить окончательный диагноз?
Э	-	Наличие стабильных высоких титров специфических анти-цитомегаловирусных АТ класса IgG в возрасте 6-12 месяцев ретроспективно подтверждают диагноз.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте лечение.
Э	-	Лекарственным средством для этиотропного лечения ЦМВИ является специфический гипериммунный иммуноглобулин против ЦМВИ: Иммуноглобулин против ЦМВ 10% р-р, в/в с помощью перфузионного насоса, курс 3-5 введений. Кроме того, в качестве противовирусной терапии может быть рекомендовано использование рекомбинантных интерферонов альфа-2: ректально, 7-10 суток, затем – по схеме.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.

В	5	Назовите факторы риска развития антенатальных инфекций.
Э	-	<p>отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, мертворождения, преждевременные роды без установленной акушерской патологии, рождение детей с множественными пороками развития);</p> <p>отклонения в течение настоящей беременности и родов (невынашивание, угроза прерывания, многоводие, преждевременное отхождение вод, воды с запахом, приращение плаценты, преждевременная отслойка плаценты, эндометрит в родах или сразу после родов); лихорадка неясной этиологии во время беременности;</p> <p>заболевания мочеполовой системы у матери (пиелонефрит, кольпит, эрозия шейки матки, сальпингит, вульвовагинит, киста яичников, уретрит и др.);</p> <p>перенесенные матерью во время беременности различные инфекции (ангина, ОРВИ и др.); криминальные вмешательства, роды вне лечебного учреждения;</p> <p>рождение ребенка с признаками ЗВУР, гипотрофии, дисэмбриотическими стигмами, пороками развития (врожденная гидроцефалия); желтуха неясного генеза;</p> <p>появление лихорадки в первый день жизни; кожные экзантемы при рождении;</p> <p>неврологическая симптоматика, появляющаяся спустя несколько дней после рождения.</p>
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок Ф., 3 суток жизни, находится в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Данная беременность третья (первая и вторая закончились медицинскими абортми), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период – 4,5 часа, 2-й- 20 минут, безводный промежуток - 6 часов. Околоплодные воды грязные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Масса тела при рождении 1920 г, длина тела 49 см, окружность головы – 29,5 см, грудной клетки – 26,5 см. В родильном зале проводились реанимационные мероприятия. Состояние при рождении тяжелое, диффузная мышечная гипотония: поза «лягушки», выражено лануго, низкое расположение пупочного кольца. Подкожно-жировой слой развит крайне слабо. Температуру удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром</p>

		<p>до 1 см. Пальпируются множественные шейные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции диаметром до 1- 1,5 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы, ЧД 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 140 в 1 мин. Живот мягкий, печень + 3 см, селезенка - +1 см из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции. В неврологическом статусе: синдром нейро-рефлекторной возбудимости. На 2- й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита.</p> <p>Кровь матери: реакция Вассермана +++++.</p> <p>Клинический анализ крови: Нв - 142 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,95, тромб. – $170,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $10,0 \times 10^9/л$, миелоциты - 7%, метамиелоциты - 3%, п/я - 10%, с - 32%, л - 29%, м - 16%, СОЭ - 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.</p>
В	1	О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
Э	-	<p>Предварительный диагноз: Ранний врождённый сифилис с симптомами (триада: сифилитическая пузырчатка, сифилитический ринит, гепато- и спленомегалия). Сифилитическая пневмония. Лимфаденопатия.</p> <p>Фон: Недоношенность, гестационный возраст 36 недель. ЗВУР 3 степени– низкая масса тела к гестационному возрасту (дефицит 3 σ или ниже 1 % центиля). Гипотрофический вариант.</p> <p>Необходимо исключить врождённый сифилитический энцефалит (нейролюис).</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза, предположите результаты.
Э	-	<p>Серологическое обследование для выявления специфических антител (IgG, IgM) к возбудителю сифилиса у матери и ребёнка (парные сыворотки) в динамике через 10-14 дней: РМП; РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – даёт меньшее число ложноположительных результатов, чем РСК; ИФА (иммуноферментный анализ на специфические IgM, IgG), тест IgM-ИФА; РИФ в разных модификациях (реакция иммунофлюоресценции на специфические антитела) РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем); реакция иммунного блота (определение специфические IgM, IgG), иммуноблотинг;</p> <p>3). Обнаружение ДНК или антигенов возбудителя: полимеразная цепная реакция (ПЦР), энзимный иммуносорбентный анализ</p>

		антигенов в биологическом материале от больного (кровь, ликвор, амниотическая жидкость). 4). Патоморфологическое исследование плаценты на сифилис. 5). Гинекологическое обследование матери на сифилис. 6). Исследование глаз офтальмологом (выявление хориоретинита, иридоциклита). 7). Рентгенография трубчатых костей (периоститы, остеохондриты в зонах усиленного роста). 8). Микроскопическая идентификация трепонем в ликворе.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Какова тактика неонатолога родильного дома?
Э	-	Ребёнка и мать изолировать. В СЭС отправить экстренное извещение о случае врождённого сифилиса в родильном доме. Вызвать на консультацию дерматовенеролога. Решить вопрос о переводе ребёнка в специализированное отделение детской больницы.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
Э	-	1) Стафилококковая пузырчатка (пемфигус). 2) Церебральная ишемия. 3) TORCH-инфекция. 4) Пневмония новорождённых. 5) ОРВИ.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Составьте план лечения, диспансерного наблюдения, вакцинации на 1-м году жизни.
Э	-	С момента рождения начать специфическое лечение новорождённого ребёнка (и соответственно мать). Бензилпенициллина натриевая соль 100 000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 6 инъекций (14 дней); Бензилпенициллина прокаинаовая соль 50 000 ЕД/кг/сут внутримышечно в 1-2 инъекции с интервалом в 12 ч (14 дней); Бензатин-бензилпенициллин (экстенциллин, ретарпен) 50000 ЕД/кг/сут в

		<p>мышцу в 1 инъекцию трижды с интервалом в 7 дней; Альтернативно: цефтриаксон (роцефин) 50 мг/кг/сут 1 раз в сутки в вену или в мышцу (14 дней). Повторные курсы в зависимости от результатов обследования в 1, 2, 4, 6 и 12 мес. жизни. Нетрепонеменные серологические тесты угасают в 3 мес. и становятся отрицательными в 6 мес.</p> <p>После выписки относится ко II группе здоровья. Рекомендовано наблюдение дерматовенеролога, детского хирурга, оториноларинголога, офтальмолога, невропатолога.</p> <p>В перечне медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок (Приказ МЗ РФ № 375 от 18.12.1997 г.) врожденный сифилис не значится. Поэтому вакцинация данного ребенка при выздоровлении должна проводиться соответственно календарю профилактических прививок.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.

Контролируемый раздел «Гипербилирубинемии у новорожденных», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Билирубиновый обмен в норме у новорожденных.
2. Билирубиновый обмен при патологии у новорожденных.
3. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Пути заражения. Клинические симптомы ЦМВ. Диагностика. Лечение. Профилактика.
4. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Клиника, диагностика, профилактика.
5. Лечение гемолитической болезни новорожденных.
6. Конъюгационные желтухи новорожденных.
7. Гепатиты новорожденных.
8. Внепеченочные причины желтух.

1.2. Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:
 - а) удовлетворительным состоянием,
 - б) обычным цветом мочи и кала,
 - в) анемией, увеличением размеров печени и селезенки.

2. Желтуха при галактоземии носит характер:
 - а) конъюгационной,
 - б) механической,
 - в) печеночной (паренхиматозной).

3. Клиника дыхательной недостаточности при ядерной желтухе от пневмонии у недоношенных детей отличается:
 - а) ничем не отличается,
 - б) наличием влажных хрипов в легких,
 - в) выраженной одышкой,
 - г) резким угнетением дыхательного центра.

4. Развитию билирубиновой энцефалопатии у недоношенных детей способствуют:
 - а) гипоксия,
 - б) ацидоз,
 - в) гипогликемия,
 - г) все перечисленные факторы.

5. Более тяжелому течению конъюгационной желтухи у недоношенных детей способствуют:
 - а) полицитемия,
 - б) низкая оценка по шкале Апгар,
 - в) гипергликемия,
 - г) гипокалиемия

6. Когда исчезает желтуха при неосложненной форме гемолитической болезни новорожденных:
 - а) к концу 1-й недели жизни,
 - б) к концу 2-й недели жизни,
 - в) к концу 3-й недели жизни,
 - г) к концу 1-го месяца жизни

7. Ведущими признаками отечной формы гемолитической болезни новорожденных являются:
 - а) прогрессирующая анемия,
 - б) сердечная недостаточность,
 - в) генерализованные отеки, гидроперикард, гидроторакс, асцит,
 - г) все перечисленное.

8. Желтуха при синдроме сгущения желчи относится:

- а) к конъюгационным желтухам,
- б) к гемолитическим желтухам,
- в) к механическим желтухам,
- г) к желтухам, обусловленным поражением печени.

9. Механизм развития желтухи при врожденном гипотиреозе связан:

- а) с каротинемией,
- б) с повышенной способностью кожи задерживать билирубин,
- в) с отсутствием стимулирующего действия тироксина на систему глюкуронилтрансферазы,
- г) все ответы правильные.

10. Активность каких ферментов повышается при механических желтухах:

- а) аспаргатаминотрансферазы (АСТ),
- б) аланинаминотрансферазы (АЛТ),
- в) альдолазы,
- г) щелочной фосфатазы.

11. Является ли падение гемоглобина ниже 80 г/л вследствие перенесенной гемолитической болезни новорожденных показанием к срочной трансфузии?

- а) да,
- б) только при наличии гепатоспленомегалии,
- в) только при высоких цифрах билирубина,
- г) нет, можно перелить эритромассу в плановом порядке.

12. С какого возраста происходит снижение гемоглобина при гемолитической болезни новорожденных?

- а) до 2-х недель жизни,
- б) до 1 месяца,
- в) до 1.5 месяца,
- г) до 2 месяцев.

13. Адекватным методом лечения анемии, обусловленной гемолитической болезнью новорожденных является:

- а) назначение препаратов железа,
- б) стимуляция эритропоэза в костном мозге (витамины В12 и др.)
- в) переливание консервированной крови,
- г) назначение фолиевой кислоты, рационального вскармливания и ухода

14. Характерными клиническими симптомами желтушной формы гемолитической болезни новорожденных являются:

- 1) обесцвеченный кал,
- 2) анемия,
- 3) увеличение печени,
- 4) увеличение селезенки,

- 5) геморрагическая сыпь на коже,
- 6) гипотрофия,
- 7) желтуха.

15. Клиническими проявлениями ядерной желтухи являются:

- 1) симптом Грефе,
- 2) симптом “заходящего солнца”,
- 3) мышечная гипотония,
- 4) мышечная гипертония,
- 5) вздутие большого родничка.

16. Характерными признаками отечной формы гемолитической болезни новорожденных являются:

- 1) анемия,
- 2) эритробластоз,
- 3) гепатоспленомегалия,
- 4) отеки,
- 5) желтуха,
- 6) геморрагическая сыпь на коже.

17. Гемолитическую болезнь новорожденных следует дифференцировать:

- 1) с конъюгационными желтухами,
- 2) с геморрагической болезнью новорожденных,
- 3) с фетальным гепатитом,
- 4) с постгеморрагической анемией,
- 5) с перинатальной энцефалопатией.

18. При гемолитической болезни новорожденных желтуха появляется :

- 1) на 1-е сутки,
- 2) на 3-е сутки,
- 3) на 5-е сутки.

19. Прогноз при гемолитической болезни новорожденных определяется:

- 1) повышением уровня непрямого билирубина,
- 2) повышением уровня прямого билирубина,
- 3) этиологией гемолитической болезни,
- 4) степенью зрелости ребенка.

20. Абсолютным показанием для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденных является:

- 1) уровень билирубина пуповинной крови 50 мкмоль/л
 - 2) темп нарастания билирубина выше 5 мкмоль/л/час
 - 3) повышение уровня непрямого билирубина на 2 сутки до 200 мкмоль/л
21. ГБН по системе АВО может развиваться , если группа крови:

- 1) матери О (I), ребенка А(II),
- 2) матери О(I), ребенка В(III),
- 3) матери А(II), ребенка О(I),
- 4) матери В(III), ребенка О(I),

5) матери O(I), ребенка AB(IV).

22. При гемолитической болезни новорожденных в анализах периферической крови выявляется:

- 1) анемия, ретикулоцитоз,
- 2) анемия, лейкоцитоз,
- 3) анемия, тромбоцитопения.

23. Для проведения заменного переливания крови при ГБН по резус-фактору необходимо взять кровь:

- 1) с группой крови ребенка резус-фактор отрицательный,
- 2) с группой крови матери резус-фактор отрицательный,
- 3) с группой крови ребенка резусфактор положительный.

24. Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по системе ABO используется эритроцитарная масса с группой крови:

- 1) ребенка,
- 2) O(I).

25. Гемолитическая болезнь новорожденного может быть обусловлена:

- 1) внутриутробной инфекцией,
- 2) иммунологическим конфликтом,
- 3) нарушением конъюгации билирубина,
- 4) гемоглобинопатией.

26. Симптомы ядерной желтухи могут появляться:

- 1) на 1-й неделе жизни,
- 2) к 1-му месяцу жизни,
- 3) на 2-ом месяце жизни.

1.3. Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	11
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью

		установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка М. родилась с массой 3400 г, длиной 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре в возрасте 30 минут состояние средней тяжести. Поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлексы спинального автоматизма быстро истощаются. Кожные покровы чистые, ярко-жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища. Пуповинный остаток в скобе. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, частота дыхания 38 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка – на +0,5 см. Меконий отошёл, мочится свободно.</p> <p>Анамнез: беременность вторая, первая беременность закончилась медицинским абортom. Настоящая беременность осложнилась изосенсибилизацией по системе резус-фактор. Группа крови матери А(II) Rh–(отрицательная).</p> <p>Данные обследования.</p> <p>Группа крови девочки - А(II) Rh+(положительная), уровень билирубина в пуповинной крови - 72 мкмоль/л, непрямая фракция - 68 мкмоль/л. Проба Кумбса - положительная.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 45%.</p>
В	1	Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
Э	-	<p>Резус-фактор матери отрицательный - риск развития гемолитической болезни новорожденного.</p> <p>Первая беременность закончилась медицинским абортom, при наличии отрицательного резус-фактора повышает риск развития гемолитической болезни новорожденного.</p>
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	2	Выделите клинические синдромы. Определите ведущие. Дайте заключение по лабораторным данным.
Э	-	<p>Желтушный синдром (кожные покровы чистые, ярко жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища.) – ведущий синдром.</p> <p>Гепатоспленомегалия (печень выступает из-под рёберной дуги на 3</p>

		<p>см, селезёнка – на 0,5 см). Синдром угнетения центральной нервной системы (поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлекс спинального автоматизма быстро истощаются).</p> <p>Резус конфликт (у мамы отрицательный резус-фактор, у девочки – положительный).</p> <p>Непрямая гипербилирубинемия при рождении (из пуповинной крови).</p> <p>Положительная прямая проба Кумбса говорит о наличии антител на поверхности эритроцитов (что наблюдается при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору).</p> <p>В общем анализе крови нормохромная анемия, гиперрегенераторная, средней степени тяжести.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: Гемолитическая болезнь новорожденного. Несовместимость по резус – фактору. Желтушная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
V	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	<p>Морфология эритроцитов: полихромазия, анизоцитоз. Сахар крови – норма.</p> <p>В возрасте 4 часов жизни – общий билирубин и фракции (почасовое нарастание общего билирубина более 6,8 ммоль/л), непрямая гипербилирубинемия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – гепатоспленомегалия.</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	<p>Учитывая непрямую гипербилирубинемия и желтушный синдром с рождения показан перевод ребёнка в палату интенсивной терапии.</p> <p>Режим – охранительный, под источником лучистого тепла.</p> <p>Фототерапия в непрерывном режиме.</p> <p>Голод, так как планируется операция заменного переливания крови.</p> <p>Очистительная клизма.</p> <p>Медикаментозная терапия: внутривенное введение Иммуноглобулина 0,8 гр/кг (2,7 гр в/в, медленно в течении двух часов); Викасол 0,1 мг/кг (0,35 мл) – однократно.</p> <p>Подготовка к операции заменного переливания крови:</p>

		<p>- установка пупочного катетера, - заменяемый объем 170 мл/кг = $3,4 \times 170 = 578$ мл. Из них 2/3 - эритроцитарная масса, обеднённая лейкоцитами и тромбоцитами А (II) Rh – отрицательный, 385 мл; свежзамороженная плазма А (II) Rh – отрицательный, 193 мл.</p> <p>Из первой порции забранной крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.</p> <p>Объем одного замещения до 5 мл/кг ($5 \times 3,4 = 17$ мл).</p> <p>На два шприца эритроцитов вводится один шприц плазмы.</p> <p>После каждых 100 мл замещённого объема вводится 2,0 мл 10% раствора глюконата кальция + 5,0 мл 5% раствора глюкоза, между шприцами с эритроцитами.</p> <p>Длительность операции два часа.</p> <p>Из последнего объема замещаемой крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.</p> <p>Об эффективности операции говорит снижение общего билирубина в два и более раз.</p> <p>После операции обменного переливания крови продолжить фототерапию.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	11
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

Н	-	12
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребёнок первых суток жизни находится в детском отделении родильного дома. Родился у женщины 23 лет, имеющей III(B) Rh-отрицательную группу крови; от второй беременности (первая беременность закончилась два года назад медицинским абортom при гестационном сроке 8 недель), протекавшей с токсикозом I половины и тяжёлым гестозом II половины. Роды первые, в 39 недель гестации, самостоятельные. Безводный промежуток 4 часа, околоплодные воды желтушной окраски. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.</p> <p>При рождении отмечена бледно-желтушная окраска кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена. Мышечный тонус снижен. Физиологические рефлексы быстро истощаются.</p> <p>ЧД – 44 в минуту. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС – 140 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: правая – правая парастернальная линия, левая – на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – II ребро. При аускультации сердечные тоны умеренно звучные, чистые. Живот мягкий. Пальпаторно край печени определяется на 3,5 см ниже рёберной дуги, край селезёнки – на 1,5 см ниже рёберной дуги. Стул – меконий.</p> <p>При рождении билирубин пуповинной крови – 120 мкмоль/л, уровень гемоглобина в периферической крови – 105 г/л. Группа крови ребёнка III(B) Rh-положительная.</p> <p>В возрасте 2 часов: в полном анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 75 г/л, ретикулоциты – 120%, Ht – 28%, MCV – 98 fl, MHC – 31 pg, MCHC – 32 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%, тромбоциты – $210 \times 10^9/л$.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий билирубин – 208 мкмоль/л, непрямой билирубин – 200 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжёлая.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
V	2	Обоснуйте сформулированный диагноз.
Э	-	Диагноз «гемолитическая болезнь новорожденного» установлен <ul style="list-style-type: none"> • на основании данных анамнеза (конфликт по Rh-фактору, прерывание первой беременности, бледность и желтуха при рождении); • клинических данных (анемический и желтушный синдромы, гепатоспленомегалия); • параклинических данных (гиперрегенераторная анемия, непрямая гипербилирубинемия).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Рекомендовано динамическое исследование уровня билирубина по фракциям, контроль почасового прироста билирубина, уровня гемоглобина и эритроцитов, проведение пробы Кумбса.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
V	4	Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Наследственные гемолитические анемии, приобретённые гемолитические анемии (при внутриутробных инфекциях, ДВС-синдроме), фетальный гепатит.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	5	Определите тактику лечения и обоснуйте её.
Э	-	Для предотвращения токсико-метаболического поражения ЦНС непрямым билирубином (билирубиновой энцефалопатии) - проведение операции обменного переливания крови. Для снижения высоких концентраций непрямого билирубина - фототерапия. Для связывания антиэритроцитарных антител - введение стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и/или манипуляций, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и/или манипуляций, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов

		и манипуляций.
Н	-	12
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	21
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/05.8	Проведение профилактических медицинских мероприятий и санитарно-просветительной работы для сохранения здоровья новорожденного и поддержания грудного вскармливания в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы
Ф	B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На патронаже новорожденная девочка, возраст – 7 сутки жизни. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г, длиной 52 см. Мать ребёнка жалоб не предъявляет.</p> <p>Из анамнеза: матери ребёнка 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии лёгкой степени (отёчная форма) с 34 недель, роды срочные (39 недель), самостоятельные, без осложнений. Состояние ребёнка с рождения удовлетворительное. К груди была приложена в родильном зале. Сосательный рефлекс был активный. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожного покрова. На 5 сутки ребёнок был выписан под наблюдение участкового педиатра с Ds: здоров.</p> <p>При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. При кормлении активна. Спонтанная двигательная активность достаточная. Рефлексы орального и спинального автоматизма выражены хорошо. Кожа желтушная, чистая, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые носа, полости рта розовые, чистые. Склеры субиктеричны, конъюнктивы чистые. Физиологический мышечный гипертонус. Костно-суставная система сформирована правильно. ЧД - 48 в минуту, ЧСС - 136 в минуту. Аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не определяется. Мочеиспускания частые, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, почти после каждого кормления, жёлтого цвета.</p>

		<p>По данным обследования из выписки из родильного дома:</p> <p>ОАК (общий анализ крови): лейкоциты - $9,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 180 g/L, тромбоциты - $220 \times 10^9/\text{л}$; эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, лимфоциты - 41%, моноциты - 5%, СОЭ - 3 мм/час.</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок - 54 г/л, общий билирубин -180 ммоль/л за счёт непрямого, непрямой билирубин - 145 ммоль/л, АЛТ - 20 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.</p> <p>Ребёнок БЦЖ - вакцинирован, отказ от вакцинации против гепатита В со стороны матери.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Период новорождённости. Физиологическая желтуха. Группа здоровья II.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Обоснование диагноза:</p> <ul style="list-style-type: none"> - манифестация желтухи на 3 сутки жизни, - удовлетворительное состояние ребёнка, - отсутствие гепатомегалии, - физиологическая окраска мочи и стула, - преобладание непрямого билирубина, - группа здоровья II: физиологическая желтуха, отягощённый антенатальный период – у матери анемия, преэклампсия.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Дальнейшее наблюдение данного ребёнка на амбулаторном этапе.
Э	-	<p>Патронажи врачом на 14, 21 сутки. Оценка течения данного состояния - оценка степени выраженности, нарастания или угасания желтухи.</p> <p>Если с конца первой недели и к началу второго патронажа желтуха не будет угасать, необходимо сделать контроль билирубина крови, непрямого его фракции, трансаминаз, ЩФ и принять решение о госпитализации ребёнка. Если исследуемые показатели не нарастают и/или снижаются, ребёнок продолжает наблюдаться на участке. Необходимо сохранять грудное вскармливание. Назначаются препараты УДХК из расчёта 10-15 мг/кг/сутки, энтеросорбенты до нормализации уровня билирубина. Если исследуемые показатели нарастают, ребёнок должен быть госпитализирован в отделение патологии новорожденных стационара.</p>
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью

P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
B	4	Какие клинические симптомы будут свидетельствовать о данном заболевании и необходимости дальнейшего обследования и лечения в условиях стационара?
Э	-	Вялость, снижение активности при сосании, снижение спонтанной двигательной активности, отсутствие прибавки в массе тела ежедневно, появление зеленоватого оттенка желтухи, нарастание гепатомегалии, увеличение селезёнки, появление тёмной мочи, светлого или обесцвеченного стула, сохранение желтухи после 14 дня жизни.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Составьте план вакцинопрофилактики для данного ребёнка на первые 3 месяца.
Э	-	При нормализации уровня билирубина в 1 месяц - первая вакцинация против гепатита В, затем в 2 месяца и в 7 месяцев. В 2 и 3 месяца вакцинация против пневмококковой инфекции. В 3 месяца вакцинация АКДС+полиомиелит. В 3 месяца вакцинация против гемофильной палочки.
P2	-	План вакцинации составлен и обоснован верно
P1	-	План вакцинации составлен и обоснован не полностью
P0	-	План вакцинации составлен и обоснован неверно
H	-	21
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/05.8	Проведение профилактических медицинских мероприятий и санитарно-просветительной работы для сохранения здоровья новорожденного и поддержания грудного вскармливания в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы
Ф	B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям

Контролируемый раздел «Патология недоношенного ребенка», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Алгоритмы первичной реанимации недоношенных различного гестационного возраста в соответствии с рекомендациями Минздравсоцразвития России (2010г). Особенности оказания первичной реанимационной помощи глубоко недоношенным детям.
2. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Особенности процессов адаптации к внеутробной жизни у недоношенных детей.
3. Особенности выхаживания детей с экстремально низкой массой тела.
4. Бронхолегочная дисплазия. Этиология БЛД. Патогенез и клиника классической БЛД и «новой» БЛД. Клинические особенности. Диагностика. Лечение. Профилактика.

5. Висцеральные кандидозы у новорожденных детей. Этиология. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация. Клинические симптомы. Кандидозный менингит. Кандидозный сепсис. Диагностика. Лечение. Профилактика.
6. Внутриутробные и неонатальные пневмонии. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Клинические особенности. Диагностика. Лечение. Профилактика.
7. Врожденные и перинатальные инфекции. Эпидемиология. Этиология и патогенез внутриутробных инфекций (ВУИ). Основные пути инфицирования плода. Группы риска по ВУИ. Классификация. Клинические проявления врожденных и перинатальных инфекций. TORCH-синдром. Диагностика ВУИ. Лечение.
8. Вскармливание недоношенного ребенка. Особенности нутритивного статуса детей с экстремально низкой массой тела. Потребности недоношенного в основных пищевых нутриентах. Методы расчета питания. Минимальное трофическое питание. Парентеральное питание.
9. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ГЗФАП). Группы риска ГЗФАП. Диагностика ГЗФАП. Критерии гемодинамической значимости ОАП. Особенности ведения новорожденных ГЗФАП. Медикаментозная терапия ГЗФАП. Показания к хирургической коррекции. Противопоказания к хирургической коррекции ГЗФАП. Послеоперационные осложнения
10. Герпетические инфекции плода и новорожденного. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
11. Гипоксически-ишемические поражения ЦНС. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение. Особенности гипоксически-ишемических поражений ЦНС у недоношенных.
12. ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Дисбактериоз. Формирование кишечной микрофлоры у новорожденного. Причины нарушений микробиоты у недоношенных. Клинические проявления дисбактериоза. Диагностика.
13. Дыхательные расстройства у новорожденных. Этиология и патогенез дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных. Классификация. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
14. Фетальные и неонатальные гепатиты. Галактоземия. Синдром Алажиля. Диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей. Лечение.
15. Заболевания печени и гепатобилиарной системы у недоношенных новорожденных. 16. Внутрипеченочный неонатальный холестаз. Неонатальный холестаз, обусловленный внепеченочной перинатальной патологией. Атрезия внепеченочных желчных протоков.
17. Заболевания сопровождающиеся геморрагическим синдромом у недоношенных новорожденных. Тромбоцитопении, тромбоцитопатии. Этиология. Клиника. Диагностика нарушений гемостаза. Лечение.
18. Задержка внутриутробного роста и развития. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Особенности адаптации и развития детей с ЗВУР. Клиника. Оценка зрелости новорожденного. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные последствия ЗВУР.
19. Микоплазменная инфекция плода и новорожденного. Этиология и патогенез. Основные пути инфицирования плода. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
20. Нарушения обмена глюкозы у новорожденных. Гипогликемии. Гипергликемии. Причины. Клинические симптомы. Неотложная терапия. профилактика
21. Нарушения слуха у новорожденных. Причины нарушения слуха у новорожденных. Группа риска по снижению слуха и тугоухости. Ототоксические препараты. Алгоритм

- аудиологического обследования новорожденных. Профилактика врожденной и ранней тугоухости
22. Некротический энтероколит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Стадии НЭК. Формы НЭК по течению и локализации. Диагностика НЭК. Лечение. Нутритивная поддержка. Показания к хирургическому лечению. Профилактика. Прогноз.
23. Неонатальные судороги. Классификация судорог у новорожденных. Причины судорог у недоношенных новорожденных, предрасполагающие факторы. Патогенез судорожного синдрома. Диагностика. Интенсивная терапия судорожного синдрома.
24. Организация перинатальной помощи в России. Основные определения и статистические понятия, характеризующие антенатальный, перинатальный и неонатальный периоды.
25. Желтухи у недоношенных новорожденных. Классификация. Дифференциальный диагноз желтушного синдрома. Лечение.

1.2. Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Калорийность пищи у детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, на 2-м месяце жизни должна быть равна
- а. 100-110 ккал/кг
 - б. 115-120 ккал/кг
 - в. 130-140 ккал/кг
 - г. 150-160 ккал/кг
2. Каков календарный возраст плода при следующих антропометрических данных: масса тела - 1800 г, длина - 40 см, окружность головы - 29 см, окружность груди - 27 см?
- а. 30 недель
 - б. 32 недели
 - в. 34 недели
 - г. 36 недель
3. Какие из перечисленных синдромов характерны для новорожденных, "маленьких к гестационному возрасту"?
- а. гипогликемия
 - б. гипокальциемия
 - в. полицитемия
 - г. все перечисленные синдромы
4. При каком заболевании у новорожденного могут отмечаться приступы апноэ?
- а. при сепсисе
 - б. при внутрижелудочковом кровоизлиянии
 - в. при болезни гиалиновых мембран
 - г. при всех перечисленных заболеваниях
5. Какой из симптомов позволяет заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка?
- а. одышка
 - б. тремор конечностей
 - в. тахикардия
 - г. апноэ
6. В каком отрезке перинатального периода наиболее часто погибают недоношенные дети?
- а. антенатальном
 - б. интранатальном

- в. раннем неонатальном
- г. одинаково часто во всех перечисленных

7. Какие изменения метаболизма могут возникнуть у новорожденного ребенка при холодовом стрессе?

- а. истощение энергетических ресурсов
- б. увеличение потребления кислорода
- в. метаболический ацидоз
- г. все перечисленные изменения

8. Какие факторы угнетают активность метилтрансферазной системы в процессе синтеза сурфактанта?

- а. гипоксия
- б. гипотермия и ацидоз
- в. нарушение перфузии легких
- г. все перечисленные факторы

9. Особенности функции дыхания у недоношенных детей являются

- а. P_{aO_2} ниже, чем у доношенных детей
- б. недостаточный вентиляционный ответ на высокие уровни P_{aCO_2}
- в. в контроле дыхания большую роль по сравнению с доношенными детьми играет рефлекс Геринга - Брейера
- г. характерны все особенности

10. В какие дни жизни чаще всего развивается билирубиновая интоксикация при конъюгационной желтухе у недоношенных детей?

- а. 1-2-й день
- б. 3-4-й день
- в. 5-6-й день
- г. 7-8-й день

11. Какой из перечисленных показателей имеет наибольшее практическое значение для выявления признаков билирубиновой интоксикации и решения вопроса о проведении заменного переливания крови у недоношенного ребенка с конъюгационной гипербилируминемией?

- а. интенсивность желтухи
- б. неврологическая симптоматика
- в. концентрация билирубина в сыворотке крови
- г. окраска стула и мочи

12. Какая из перечисленных причин чаще других вызывает судорожный синдром у недоношенных детей?

- а. внутричерепная родовая травма
- б. асфиксия
- в. пренатальное поражение ЦНС
- г. обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)

13. Клиника дыхательной недостаточности при ядерной желтухе от пневмонии отличается

- а. ничем не отличается
- б. наличием влажных хрипов в легких
- в. выраженной одышкой
- г. резким угнетением дыхательного центра

14. Метод вскармливания недоношенного ребенка определяет
- гестационный возраст
 - масса тела при рождении
 - функциональная зрелость и общее состояние ребенка
 - постнатальный возраст
15. Бифидумбактерин недоношенным детям при дисфункции кишечника следует назначать
- по 1 дозе два раза в день
 - по 3 дозы два раза в день
 - по 4 дозы два раза в день
 - по 5 доз два раза в день
16. Какую температуру необходимо поддерживать в инкубаторе при выхаживании недоношенных новорожденных с массой тела менее 1500 г в первый день жизни?
- 30-31°C
 - 32-34°C
 - 35-36°C
 - 36-37°C
17. Какой путь инфицирования является наиболее частым при пневмониях у недоношенных детей?
- гематогенный
 - лимфогенный
 - бронхогенный
 - смешанный
18. На какой вес следует рассчитывать питание недоношенному ребенку с внутриутробной гипотрофией, если толерантность его к пище неизвестна?
- на фактический вес
 - на долженствующий вес
 - на вес при рождении
 - все ответы правильны
19. Какие изменения кислотно-основного состояния могут наблюдаться у новорожденного ребенка при охлаждении до 32°C?
- дыхательный ацидоз
 - дыхательный алкалоз
 - метаболический ацидоз
 - метаболический алкалоз
20. Прикорм недоношенным детям вводится
- с 3-го месяца жизни
 - с 4-го месяца жизни
 - с 5-го месяца жизни
 - с 6-го месяца жизни

1.3. Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
---	---	---

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Недоношенный ребёнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью.</p> <p>Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 148 ударов в минуту.</p> <p>На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.</p> <p>Скорость диуреза – 0,3 мл/кг/час.</p> <p>Данные КОС: рН крови – 7,2, рО₂ – 45 мм рт. ст., рСО₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 28 недель гестации.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины, срока гестации 28 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.</p> <p>Недостаточность кровообращения II a степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.</p> <p>Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 75 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Сильвермана 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.</p> <p>Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 28 недель.</p>
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
Э	-	Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?
Э	-	Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов - одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов - ингибиторов циклооксигеназы. Педейя – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
H	-	19
Ф	A/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в

	V/01.8 C/01.8	родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок К., из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, кольпитом, острым гестационным пиелонефритом. Роды -1-е, в 30 недель беременности путем экстренной операции кесарева сечения двойней. Безводный промежуток 12 часов. Вод не было, гнилостный запах. Матери 22 года, страдает гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, аднекситом, в анамнезе невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности). Акушерский диагноз: Преждевременные роды 1 в 30 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Дородовое излитие околоплодных вод. Монохориальная диамниотическая двойня. Неиммунная водянка 1 плода, антенатальная смерть. Ангидроамнион 2 плода. Невынашивание. Гипертоническая болезнь. Острый гестационный пиелонефрит. ВУИ. Многоводие 1 плода.</p> <p>Девочка К., вторая из двойни, масса при рождении - 1200 г, рост – 38 см, окружностью головы – 28,5 см, груди – 24,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет синдрома угнетения. В родовом зале проведена санация верхних дыхательных путей, желудка, ИВЛ мешком Амбу через маску в течение 4-х минут. После реанимационных мероприятий появился слабый крик. При осмотре выявлены некрозы тканей головы, ног, поясничной области. Дыхание ослабленное, единичные крепитирующие хрипы, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, ЧД 64 в 1 мин. Получала комплексную интенсивную терапию – ранний назальный СРАР, антибактериальную, инфузионную, минимальное энтеральное питание. Через 6 часов после рождения отмечен эпизод артериальной гипотонии. Клинический анализ крови: Нб 145 г/л, Эр. 3,6·10¹²/л, ЦП 0,99, Тромб. 85·10⁹/л, Лейк. 5,5·10⁹/л, миелоциты 5%, п/я 10 %, с 43 %, л</p>

		34 %, м– 8 %, СОЭ – 6 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов +++. НСГ – незначительный перивентрикулярный отек.
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	Учитывая, что новорожденная девочка от матери с хронической соматической патологией (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит), высоким инфекционным индексом (аднексит, кольпит, пиелонефрит), репродуктивными потерями в анамнезе (выкидыши, смерть 1-го новорожденного из двойни), осложненным течением беременности двойней с угрозой прерывания, родилась в 30 недель гестации путем экстренной операции кесарева сечения с длительным безводным промежутком, практически без околоплодных вод, с гнилостным запахом, внутриутробно инфицированной, с задержкой внутриутробного развития, с множественными гемангиомами, в асфиксии средней тяжести, с респираторными расстройствами, синдромом угнетения; явления артериальной гипотонии через 6 часов после рождения, выявленный анемический синдром, лейкопению со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопенией, данные НСГ, можно поставить диагноз: Основной: Респираторный дистресс-синдром новорожденного Конкурирующий: Ранний неонатальный сепсис. Септический шок. Сопутствующие: 1.Церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения ЦНС. 2.Анемия средней тяжести. Фон: Недоношенность 30 нед. ЗВУР 1 ст., диспластический вариант. Вторая из двойни. Асфиксия средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Какова тактика ведения новорожденного?
Э	-	АИВЛ. Стартовые параметры: FiO2 0,3-0,4, Tin 0,3-0,35с, РЕЕР 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РІР 16-30см вод. ст., поток 2-3л/мин/кг. Провести восполнение ОЦК. Тест с разовой объемной нагрузкой 0,9% раствором натрия хлорида в дозе 12 мл (10 мл/кг) в течение 10 минут, затем продолжить введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 12 мл в течение 20 минут до достижения объема 20 мл/кг. Включить в комплексную терапию постоянную инфузию добутамина 8 мкг/мин (2-10кг/кг/мин). Согревание в кувезе с t 36,6°С. Проводить инфузионную терапию в объеме 80 мл/кг/сут – 4 мл/час. Проводить коррекцию ацидоза, гипогликемии, гипомагниемии. Антибактериальная терапия. Минимальное энтеральное питание. В лечении добавить пентоглобин 5 мл/кг/сут в течение 3-х дней или через день со скоростью 1,7 мл/кг/час. Поставить на учет в ОРИТ.
P2	-	Верно

P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Проведите дифференциально-диагностические мероприятия.
Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах рентгенологического исследования. Следует дифференцировать с сепсисом пневмонией, транзиторным тахипноэ новорожденных, синдромом аспирации мекония.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите противопоказания для терапии сурфактантом.
Э	-	Легочное кровотечение Отек легких Артериальная гипотензия или шок Гипотермия Декомпенсированный ацидоз
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте питание ребёнку.
Э	-	Полное парентеральное питание. Потребность в энергии в 1-ые сутки – 20 ккал/кг/сут. (24 ккал). В 100 мл 10% глюкозы содержится 34 ккал, 24 ккал – в 71 мл. Поэтому в составе инфузионной терапии должно быть не менее 71 мл 10% глюкозы. Подключить белок и липиды по физ.потребности.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	26
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Родился мальчик В. на 29-й неделе гестации с массой тела 900 г., длиной тела 33 см, окружность головы 25 см, окружность груди 22 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Старт- рефлексы угнетены. Температура тела 36,2° С. Кожа багрово красная, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Асфиксия средней тяжести. Недоношенность 27 недель. Экстремально низкая масса тела.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Назначьте мероприятия по ведению (респираторная поддержка, режим пребывания и питания, обследование, мониторинг).
Э	-	Респираторная поддержка: Интубация трахеи. Перевод на АИВЛ. Введение курсурфа 200 мг/кг. Пребывание: Поместить в кувез в отделение недоношенных новорожденных с температурой в палате 26-28°С., в кувезе 34-35,4С. Влажность в кувезе – в первые дни 98-95%., с постепенным снижением до 65%. Питание: Парентеральное питание. Минимальное энтеральное питание Обследование: Клинический анализ крови, группа крови. Гликемия (каждые 4 часа) Билирубин крови. Клин. анализ мочи. Клин. анализ кала. Посевы, КОС, Нейросонография, Мониторинг: Температура тела, Сатурация кислорода, ЭКГ, АД, Скорость почасового диуреза.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Укажите причины недоношенности новорождённых.
Э	-	1) Социально-экономические факторы: профессиональные вредности уровень образованности родителей желанность беременности курение употребление алкоголя и/или наркотиков 2) Социально-биологические факторы: возраст субклиническая инфекция и бактериальное носительство предшествующие аборты «дефицитное» питание 3) Клинические факторы: экстрагенитальные заболевания матери АФС хронические заболевания мочеполовой системы у матери оперативные вмешательства во время беременности психологические и физические травмы и другие патологические состояния; гестоз

		ЭКО Многоплодная беременность
P2	-	Причины патологического состояния оценены верно.
P1	-	Причины патологического состояния оценены неполностью
P0	-	Причины патологического состояния оценены полностью неверно.
B	4	Назовите анатомо-морфологические признаки недоношенности.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> •Кожа (цвет, толщина, прозрачность) •Лануго •Исчерченность кистей и стоп •Величина грудных желез, ареол сосков •Податливость ушных раковин •Развитие половых органов и нейро-мышечных признаков недоношенности по шкале Боллард: •Поза младенца (степень преобладания тонуса сгибателей) •Квадратное окно (запястье) •Ответная реакция руки •Подколенный угол •Симптом «шарфа» •Притягивание пятки к уху
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите метод вскармливания.
Э	-	<p>Парентеральное питание выполнять 5-10% раствором глюкозы в объеме 80 мл/кг и аминокислот 2,2 г/кг в первые сутки.</p> <p>Через 8 часов назначить трофическое питание. Энтерально из расчета 2 мл с интервалом 2 часа молозива или Симилак неосур через шприцевой насос.</p> <p>Общий объем жидкости за первые сутки – 80 мл, за вторые – 100 мл, за третьи сутки 130 мл.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	31
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный мальчик К., масса – 800 гр., длина тела – 37 см., окружность головы 24 см, окружность груди 23 см. Спонтанное дыхание не эффективное, в родовом зале сразу же заинтубирован, проводится ручная вентиляция мешком Амбу. Частота сердечных сокращений 116-110 в 1 минуту, оценка по шкале Апгар – 3/5 баллов. Из анамнеза известно, что матери 30 лет, страдает сахарным диабетом с детства. Беременность 5, роды третьи. Ребенок от первой беременности – 10 лет, здоров. 2-3 беременности – мед.аборты. Данная беременность протекала с тяжелым гестозом. Лечение в стационаре, УЗИ-скрининг проведен, патологии в/у развития плода не отмечено, выявлено многоводие. Роды преждевременные путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой плаценты, кровотечением у матери в 27 недель.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Недоношенность 27 недель. ЭНМТ. Асфиксия новорожденного, тяжелая.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите стартовые параметры аппаратной ИВЛ (на первые 15-20 минут).
Э	-	Стартовые параметры ИВЛ (на первые 15-20 минут) для ДЭНМТ: концентрация кислорода (FiO2)30-40%. Поток воздушно-кислородной смеси (Flow) –2-3л/мин/кг. Время вдоха (Ti) –0,3-0,35сек. Частота дыхания (Rate) – 60 в 1 мин. Пиковое давление вдоха (Pip) – 16-30см H2O. Положительное давление в конце вдоха (PEEP) - +4+5 см H2O
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Назначьте курсурф.
Э	-	Профилактическое введение курсурфа в первые 20 минут жизни, после начала АИВЛ. Доза 200 мг/кг.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

В	4	Назовите факторы риска РДС у данного пациента.
Э	-	Гестационный возраст ребенка 27 недель Сахарный диабет у матери Кровотечения у беременных Кесарево сечение Перинатальная асфиксия Мужской пол новорожденного
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	5	Укажите факторы, снижающие риск РДС у недоношенных.
Э	-	Длительный безводный промежуток Задержка внутриутробного развития Состояния, вызывающие хронический стресс (наркомания, артериальная гипертензия у матери и др.) Лечение беременной глюкокортикоидами
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденная девочка М. родилась в 30 недель, роды стремительные, масса тела 1320 г., длина 37 см., кожа красно-цианотичная, акроцианоз, диффузная мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, крик слабый ("писк"). Грудная клетка расправлена неравномерно, уплощена, на вдохе отмечается втяжение межреберных промежутков, ЧДД -40 - 70/мин., периодически приступы апноэ по 6-8 секунд, периодически – дыхание по типу гаспс. Перкуторно звук над лёгкими «пёстрый»: местами укорочен, местами - с коробочным оттенком, границы сердца расширены, больше вправо. Аускультативно: дыхание ослаблено. Тоны сердца - приглушенные, ЧСС -120-144/мин.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной диагноз: РДС 1 типа. Фон: недоношенность III степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите причину состояния.
Э	-	Дефицит сурфактанта. Незрелость лёгких и дыхательного центра. Недостаточное расправление лёгких.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный

В	3	Определите прогноз.
Э	-	При отсутствии осложнений - при хорошем уходе и адекватной терапии с 7-х суток жизни состояние начинает улучшаться - прогноз благоприятен.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
В	4	Составьте план ведения.
Э	-	АИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции, введение курасурфа с интервалом 12 часов 200 мг/кг двукратно с первым введением в первые 2 часа жизни появления ДН, инфузионная терапия из расчета 60 мл/кг/сут, минимальное энтеральное кормление, мониторинг.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	5	Укажите формулу расчета нормального артериального давления у недоношенных новорожденных.
Э	-	АД среднее недоношенного = гестационный возраст (нед.) + 5 = мм рт.ст.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	33
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	34
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный 1450 г., длина 41 см., оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу после санации верхних дыхательных путей. Роды на 32 неделе гестации. После "туалета новорожденного", его перенесли в палату новорожденных, состояние оценивалось средней тяжести за счет перенесенной внутриутробной гипоксии, недоношенности. Через 2 часа стала нарастать одышка (до 65/мин.)

В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной диагноз: РДСН. Фон: недоношенность 32 нед.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?
Э	-	Анализ крови на КОС (рН, PO ₂ , PCO ₂), R-графия грудной клетки, пульсоксиметрия, мониторинг АД, ЧСС, ЧД, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, НСГ, УЗИ внутренних органов, бактериологическое исследование (посевы из наружного ушного прохода, крови, мочи, кала, трахеи).
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Укажите алгоритм респираторной поддержки.
Э	-	Кислородная палатка Назальный СРАР АИВЛ
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте питание.
Э	-	Энтеральное питание через зонд молозивом или специализированной смесью для недоношенных (Симилак особая забота, Пренан) Парентеральное питание с первого часа жизни с включением 5-10% раствора глюкозы, аминокислот.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Опишите анатомо-физиологические особенности дыхательной системы недоношенного.
Э	-	Незрелость Верхние дыхательные пути узкие Диафрагма расположена относительно высоко Грудная клетка податлива Ребра расположены перпендикулярно к груди Дыхание поверхностное, ослабленное ЧДД 20-72/мин Объем дыхания снижен Ритм дыхания периодический Недостаточное развитие альвеол, капиллярной сети легких

		Толстые альвеолокапиллярные пространства Снижено содержание сурфактанта Низкая растяжимость легких
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	34
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	35
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Несмотря на правильную организацию ухода, питания, у недоношенного новорожденного, родившегося в 31 неделю гестации с массой 1450 г. на 2 и 3 сутки жизни участились периоды апноэ, которые вначале длились по 5-7секунд, удлинились до 18-20секунд. В момент апноэ появился общий цианоз, урежение сердцебиений до 100 и реже в минуту, нарастала адинамия, вялость. При осмотре отмечалась кожная гиперестезия, неадекватно высокие нотки плача. Дополнительное обследование не подтвердило наличие внутричерепной и спинальной травмы и эпизодов гипогликемии, как причину периодов апноэ и других сопутствующих изменений. На ЭКГ выявилось удлинение изоэлектрического интервала от конца желудочкового комплекса до начала зубца Т, сам зубец Т не изменён.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Апноэ недоношенных. Фон: недоношенность 31 неделя. ОНМТ. Гипокальциемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите причину таких состояний
Э	-	Причина апноэ недоношенных новорожденных - незрелость центральных структур, регулирующих дыхание, длительным апноэ способствуют: внутричерепная родовая травма, спинальная травма, сепсис, гипогликемия, электролитные расстройства (гипомагниемия, гипокальциемия, гипермагниемия).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	3	Определите стратегию респираторной поддержки.
Э	-	Не нуждается. Наблюдение.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте медикаментозную терапию.
Э	-	Кофеин 10 мг/кг (14 мг) per os – доза насыщения, через 24 часа 2,5

		мг/кг (3,6 мг данному пациенту) кофеина дают 1 раз в сутки.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Определите прогноз новорожденных с этим состоянием.
Э	-	При адекватной и своевременной ИВЛ, правильной коррекции электролитного состояния, назначении ноотропных препаратов и стимуляции дыхательного центра, правильном выхаживании и организации питания - благоприятен.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
H	-	35
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	36
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)

Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Однородные близнецы Н. I и Н. II. Из анамнеза известно, что матери 25 лет. Настоящая беременность I, протекала без патологии. Роды на 37-й неделе беременности, двойней. 1-й период родов 9 часов 00 минут, 2-й- 35 минут, безводный промежуток - 3 часа. Масса тела при рождении I близнеца 1860 г, длина - 43 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов; второго - 2530 г, 47 см и 7/8 баллов соответственно.</p> <p>При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожа ярко розовая, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы умеренный синдром угнетения.</p> <p>При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка Hb составил 136 г/л, Ht - 42%; у 2-го ребенка Hb составил 256 г/л, Ht - 75%.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	<p>Фето-фетальная (межблизнецовая) трансфузия.</p> <p>У донора-близнеца– постгеморрагическая анемия.</p> <p>У реципиента-близнеца– полицитемический синдром.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
Э	-	<p>2.Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?</p> <p>1) Клинический анализ крови с подсчетом числа ретикулоцитов и цветового показателя</p>

		<p>2) Определить уровень артериального давления.</p> <p>3) Исследовать уровень ОЦК.</p> <p>4) Определять почасовой диурез, особенно у донора-близнеца (опасность развития олигурии, при которой диурез менее 1 мл/кг/ч).</p> <p>5) Оптимальным является мониторинг КОС, гликемии, гематокрита и электролитов крови до 4 раз в сутки.</p> <p>6) У близнеца-реципиента из-за полицитемического синдрома имеется риск развития кровотечения, тромбоза вен, сердечной недостаточности и отёка лёгких, поэтому следует исследовать систему гемостаза, ЭКГ, провести доплер-эхокардиографию сосудов лёгких и головного мозга.</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ, и чем они обусловлены?
Э	-	У близнеца-донора можно ожидать ишемические проявления на НСГ. Из-за полицитемии, развития тромбозов и гипертензии у второго близнеца (реципиента) возможны пери- и интравентрикулярные кровоизлияния.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?
Э	-	У близнеца-реципиента имеется риск развития кровотечения, тромбоза вен, сердечной недостаточности, отёка лёгких, некротизирующего энтероколита, гипербилирубинемии. У донора-близнеца - развитие постгеморрагического шока, РДС, постгипоксического поражения ЦНС.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
Э	-	Так как у донора-близнеца при рождении выражена анемия, то ему возможно после повторного определения Hb и Ht понадобится провести в ближайшие часы после рождения трансфузию эритроцитарной массы. У реципиента-близнеца целесообразно купировать полицитемический синдром путём операции обменного переливания плазмы.

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	36
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	37
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.

Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка П., родилась в 36 недель беременности, путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Масса тела ребенка при рождении 2750 г, длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 3\7 баллов. В связи с чем проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии с тяжестью асфиксии.</p> <p>При осмотре в палате интенсивной терапии состояние ребенка расценено как тяжелое, за счет церебральной, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, обращало на себя внимание: диффузная мышечная гипотония, гипорефлексия, бледность кожи и слизистых оболочек, симптом бледного пятна 5 секунд, ЧСС до 180 ударов в минуту, АД 50/35 мм рт.ст., приглушенность сердечных тонов при аускультации и нежный систолический шум, стонущее дыхание. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>При исследовании по cito периферической крови уровень Hb составил 160 г\л.</p>
В	1	Поставьте диагноз и обоснуйте.
Э	-	<p>Учитывая, что девочка родилась в 36 недель путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что привело к кровотечению у матери, с массой тела 2750 гр, длиной 50 см, оценкой по шкале Апгар 3\7 баллов, выраженную мышечную гипотонию, гиподинамию, бледность, симптом бледного пятна более 5 секунд, тахикардию, артериальную гипотонию, приглушенность сердечных тонов, систолический шум, стонущее дыхание, снижение гемоглобина, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Острая постгеморрагическая анемия вследствие преждевременной отслойки плаценты, тяжелая. Постгеморрагический шок.</p> <p>Фон: Недоношенность 36 недель. Асфиксия новорожденного средней тяжести.</p>
Р2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
Р1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Назначьте обследование.
Э	-	Клинический мониторинг (осмотр, СБП, измерение диуреза, контроль веса)

		<p>Аппаратный мониторинг (термометрия, ЧД, SaO₂, ЧСС, АД, ОЦК) Лабораторный мониторинг:</p> <p>6. Клинический анализ крови в динамике с определением числа эритроцитов, гематокрита, цветного показателя (нормохромная или гиперхромная ранняя анемия, гипохромная поздняя) и числа ретикулоцитов (норморегенераторная, гипорегенераторная, гиперрегенераторная анемия).</p> <p>7. Определение группы крови и Rh-фактора</p> <p>8. Определение фетальных эритроцитов в крови матери (окраска мазков крови по Клейнхауэру-Бетки).</p> <p>9. Б/х анализ крови (белок, билирубин, электролиты, гликемия)</p> <p>10. КОС (рН, рО₂, рСО₂) Нейросонография и УЗИ органов брюшной полости (кровоизлияния)</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Окажите неотложную помощь.
Э	-	<p>Температурная поддержка – кувез 36°C, влажность 60%.</p> <p>Респираторная поддержка – АИВЛ.</p> <p>Восполнение ОЦК – 0,9% раствор натрия хлорида 28 мл в течение 10 минут, затем 28 мл в течение 20 минут.</p> <p>Инотропная поддержка – допамин 8 мкг/кг/мин.</p> <p>Заместительная терапия – свежезамороженная плазма 20 мл/кг, эритроцитарная масса 10-15мл/кг</p> <p>Коррекция ацидоза</p> <p>Полное парентеральное питание. Коррекция электролитных нарушений, гипогликемии.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите основные симптомы острой кровопотери.
Э	-	<p>Внешний вид: бледность, гипертревожность; Сердечно-сосудистая система: тахикардия, слабый пульс, низкое АД; Дыхательная система: тахипноэ; Содержание гемоглобина в крови: нормальное, снижается за 24 часа; Морфология эритроцита: макроцитарные, нормохромные; Содержание железа: норма.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Определите показания для переливания эритроцитарной массы у

		новорожденных детей в 1-3-й день жизни.
Э	-	НЬ меньше 100 г/л с симптомами анемии НЬ меньше 130 г/л у детей с тяжелой респираторной недостаточностью НЬ меньше 130 г/л при рождении Потеря 5-10%ОЦК Анемия с сократительной сердечной недостаточностью
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
Н	-	37
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	38
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям

Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик М., родился на 30 неделе гестации с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Масса тела при рождении 1320 г. Переведен на 2-й этап выхаживания. В конце 3-й недели жизни появилась бледность кожных покровов, пастозность тканей. Отмечалось вялое сосание и тенденция к уплощению весовой кривой. Двигательная активность снижена. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца.</p> <p>Клинический анализ крови на 18-й день жизни: Hb-72 г/л, эр-$2,2 \times 10^{12}$/л, Ret. 20%, tr-450×10^9/л, L-$7,4 \times 10^9$/л, п-3%, с-40%, л-50%, м-7%, СОЭ-7мм/ч, анизцитоз+++ , пойкилоцитоз ++. Эр в окр. мазке имеют «шиповидные отростки».</p> <p>Кровь у ребенка 0(I) гр, Rh(+).</p> <p>Биохимический анализ крови: непрямо́й билирубин – 53 мкмоль/л, прямо́й билирубин - нет, АЛТ-0,54, АСТ-0,67.</p>
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Анемия недоношенного ребенка. Фон: Недоношенность 31 неделя. Асфиксия средней тяжести. ЗВУР 1 ст., гипотрофический вариант.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Составьте план дальнейшего обследования.
Э	-	Клинический анализ крови в динамике Б\х анализ крови (общий белок, билирубин и фракции, сывороточное железо, ОЖСС) УЗИ селезенки и печени Исследование осмотической резистентности эритроцитов Общий анализ мочи ЭКГ, ЭхоКГ, НСГ
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью

P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	3	Назначьте лечение.
Э	-	Выхаживание в кувезе. Вскармливание молоком матери с усилителем или адаптированными смесями для недоношенных (Симилак особая забота, Пренан). Отмытые эритроциты 0(I) гр, Rh(+) – 15 мл.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	4	Определите показания для переливания эритроцитарной массы.
Э	-	Уровень гемоглобина ≤ 100 г/л (до 7-го дня жизни) Уровень гемоглобина ≤ 80 г/л (с 7-го дня жизни по 21-й) Уровень гемоглобина ≤ 70 г/л (у недоношенных старше 3 недель) Ht < 30%
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Укажите формулу для расчета объема эритроцитарной массы.
Э	-	$V_{\text{эр.массы}} = (Ht_{\text{должный}} - Ht_{\text{пациента)}) : Ht_{\text{эр.массы}} \times m \text{ (кг)} \times 80$ мл.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	38
Ф	A/01.8 B/01.8 C/01.8	Оказание первичной медицинской и реанимационной помощи новорожденным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	39
Ф	А/02.8 В/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	А/03.8 В/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденная девочка К. родилась от матери 25 лет от 1-й беременности, протекавшей на фоне гестоза, анемии средней степени тяжести, первых родов в 30 недель беременности. Мать страдает анемией. Роды путем операции кесарева сечения. Плацента мультидольчатая с множественными гематомами. Ребенок родился с массой 1300 г, длиной 38 см с оценкой по шкале Апгар 5/7баллов. Состояние с рождения тяжелое за счет дыхательной и церебральной недостаточности. Проводится АИВЛ, введен куросурф, получает комплексную терапию. С1-ых суток жизни - бледность кожных покровов и слизистых оболочек, отечность внизу живота, ЧСС 170 ударов в минуту, на верхушке выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень 2,0 см; 2 см; ½, селезенка на 0,5 см выступает из-под края реберной дуги.

		Клинический анализ крови на 1-й день жизни: Нb-90г/л, эр-2,8 x10 ¹² /л, ЦП - 0,7; Нt 0,3; Ret. 30% ₀ , tr-350*10 ⁹ /л, Le-12,4*10 ⁹ /л, п-5%, с-56%, л-32%, м-6%, СОЭ-3мм/ч, микроцитоз ++++. Кровь у ребенка А(II) группа, Rh(+). НСГ – двустороннее кровоизлияние внутрижелудочковое 2 ст. Поставлен диагноз: Гипоксически-геморрагическое поражение головного мозга. ВЖК 2 ст. двусторонние. Сопутствующие: 1.РДСН. 2.Хроническая постгеморрагическая анемия, тяжелая. Фон: Недоношенность 30 недель. Асфиксия средней тяжести.
В	1	Укажите причины хронической постгеморрагической анемии у данного пациента.
Э	-	Анемия у матери Отягощенный акушерский анамнез Мультидольчатая с множественными гематомами плацента. Внутрижелудочковые кровоизлияния
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	2	Составьте план дальнейшего обследования.
Э	-	Окраска по методу Клейхауэра-Беткемазка материнской крови Клинический анализ крови с подсчётом числа гематокрита, ретикулоцитов, цветового показателя, морфология эритроцитов в динамике Уровень артериального давления ОЦК Почасовой диурез Мониторинг КОС Биохимический анализ крови: гликемия, общий белок, билирубин (прямой и непрямой), АЛТ, АСТ и электролиты крови, железо, ОЖСС, трансферрин, % насыщения трансферрина, ферритин. исследование системы гемостаза ЭКГ, ЭхоКС, доплер-эхокардиография сосудов лёгких и головного мозга, НСГ в динамике
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Укажите референсные значения железа в сыворотке крови, ОЖСС, трансферрина, % насыщения трансферрина, ферритина.
Э	-	Железо, мкмоль/л – (7,16 – 17,9) ОЖСС – (N – менее 60) трансферрина, г/л – (2,03 – 3,6) % насыщения трансферрина, % – (10 – 50) Ферритин, мкг/л – (200 – 600)

P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Назначьте лечение.
Э	-	Выхаживание в ОРИТ Энтеральное и парентеральное питание АИВЛ Вазопрессорная терапия Диуретики Заместительная терапия эритроцитарной массой А(II) группы, Rh(+) Заместительная терапия препаратами железа: 6 мг/кг в сутки Fe [III] гидроксид полимальтозата + фолиевой кислоты в течение 3 месяцев, Или Железа [III] гидроксид полимальтозата внутрь в каплях по 2 мг/кг в сутки в течение 4-6 недель Рекомбинантный эритропоэтин: Эпоэтин альфа п/к 200 мг/кг 1 раз в 3 суток 4-6 недель.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Определите показания для переливания эритроцитарной массы.
Э	-	При хронической кровопотере: Уровень гемоглобина ≤ 100 г/л (до 7-годня жизни) Уровень гемоглобина ≤ 80 г/л (с 7-годня жизни по 21-й) Уровень гемоглобина ≤ 70 г/л (у недоношенных старше 3 недель) Ht $< 30\%$
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	39
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	A/03.8 B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения

Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	40
Ф	А/02.8 В/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	В/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	В/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	С/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	С/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденная девочка П., башкирка, из анамнеза: беременность - 4-я, роды - 2. Третья и четвертая беременности - антенатальная гибель плодов (21 и 20 недели соответственно), в обоих случаях - водянка плода из-за тяжелой анемии. Первые роды закончились рождением ребенка с генерализованными отеками, асцитом, гепатомегалией, умеренной сплено-мегаалией. Умер в возрасте 5 суток. Настоящая беременность протекала без патологии. Роды в 40 недель. Состояние ребенка с рождения ближе к удовлетворительному, желтуха с 3-их суток, к 8-м суткам желтуха сохраняется без тенденции к снижению. Ребенок стал плохо сосать, отсутствовала прибавка в весе.

		<p>Группа крови матери В (III), резус-положительная.</p> <p>Группа крови ребенка 0 (I), резус-отрицательная.</p> <p>Клинический анализ крови на 8-сутки: Hb-130г/л, эр-3,4х10¹²/л, ЦП 0,8; Ht 45%, Ret 44%₀; tr-330*10⁹/л, Le-11,4*10⁹/л, п-3%, с-47%, л-44%, м-6%, СОЭ-4мм/ч, анизоцитоз +++, пойкилоцитоз +++.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Талассемия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Определите факторы риска заболевания.
Э	-	В РФ чаще встречается в популяциях Северного Кавказа, Дагестана, Поволжья, среди татар, башкир. Случаи гемолитических анемий в семье.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	Определите этиологию и патогенез заболевания.
Э	-	Причиной является генетически обусловленный дефект синтеза гемоглобина. При талассемии аномалия белкового синтеза количественная, влияющая на темпы синтеза цепей гемоглобина, при гемоглобинопатии – качественная вследствие нарушения структуры. Тип наследования талассемии – аутосомно-кодминантный, нестабильности гемоглобина – аутосомно-доминантный, а в 1/3 случаев – результат спонтанных мутаций.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Назначьте обследование.
Э	-	Клинический анализ крови (Hb, Ht, эритроциты, ЦП снижены, Ret повышены, анизо- и пойкилоцитоз эритроцитов, наличие мишеневидных форм) Скрининговое определение дефицита Г-6-ФДГОсмотическая резистентность эритроцитов (при талассемии повышена) Электрофорез гемоглобина Биохимический анализ крови (билирубин общий повышен за счет непрямой фракции, свободный Hb)
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно

В	5	Дайте клинические рекомендации.
Э	-	<p>Малые формы талассемии лечения не требуют.</p> <p>В тяжелых случаях показаны регулярные трансфузии отмытых эритроцитов.</p> <p>Хелаторная терапия дефероксамином применяется в более позднем возрасте при уровне сывороточного ферритина >1500-3000нг/мл или при наличии более 20 трансфузий в анамнезе: Дефероксамин п/к 25-50мг/кг 1 раз в сутки 7 суток, курс лечения повторяют 1 раз в месяц постоянно.</p> <p>Спленэктомия</p> <p>Фолиевая кислота внутрь 1-3мг 1 раз в сутки постоянно.</p> <p>Трансплантация аллогенного костного мозга.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
Н	-	40
Ф	A/02.8 B/02.8	Оказание базовой медицинской помощи новорожденным детям
Ф	B/03.8	Проведение обследования новорожденных детей с заболеваниями и патологическими состояниями в условиях медицинской организации акушерского профиля первой (функциональной) группы с целью установления диагноза и определения тактики ведения
Ф	B/04.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями.
Ф	C/02.8	Проведение обследования новорожденных и недоношенных детей, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии
Ф	C/03.8	Осуществление вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных, находящихся в тяжелом и угрожающем жизни состоянии

Контролируемый раздел «Интенсивная терапия в периоде новорожденности», формируемые компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5).

1.1. Вопросы для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5):

1. Классификация непроходимости ЖКТ у новорожденных.
2. Клинические проявления различных видов непроходимости ЖКТ у новорожденных. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.

3. Принципы рентгенологического исследования новорожденных с подозрением на непроходимость ЖКТ.
4. Тактика врача родильного дома при выявлении непроходимости ЖКТ у новорожденного.
5. Принципы лечения различных видов непроходимости ЖКТ у новорожденных.
6. Некротизирующий энтероколит у новорожденных. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика. Этиология и факторы риска. Патогенез. Клиника НЭК. Диагностические тесты
7. Классификация НЭК. Стадии развития НЭК. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика. Дифференциальный диагноз. Течение НЭК. Осложнения НЭК. Лечение
8. Показания к хирургическому лечению (абсолютные и относительные)
9. Диагностика и неотложные мероприятия при врожденных пороках развития, обуславливающих синдром асфиксии у новорожденных
10. Атрезия хоан. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
11. Синдром Пьера-Робена. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
12. Пороки развития и заболевания гортани, трахеи и органов шеи. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
13. Атрезия пищевода. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
14. Диафрагмальные грыжи. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
15. Первичная гипоплазия легких. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
16. Врожденная лобарная эмфизема. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
17. Врожденные кисты легких. Клиника. Диагностика. Терапевтическая тактика.
18. Анатомо-физиологические особенности, новорожденных, определяющие фармакодинамику лекарственных препаратов. Особенности фармакокинетики лекарственных препаратов у новорожденных детей. Пути введения лекарственных препаратов
19. Организация службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных
20. Оценка основных лабораторных и специальных методов исследования при неотложных состояниях у новорожденных.
21. Общие принципы рентгенодиагностики. Возможности компьютерной томографии. ЯМР-томография. Возможности и преимущества ЯМР-томографии по сравнению с другими диагностическими методами. Ультразвуковая диагностика при неотложных состояниях у новорожденных.

22. Нейросонография. Эхокардиография. Допплеркардиография. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.
23. Метод трансиллюминации при неотложных состояниях у новорожденных.
24. Электроэнцефалография. ЭЭГ-мониторинг судорожных пароксизмов, АИ-ЭЭГ
25. Основные методы клинической лабораторной диагностики
26. Исследование газового состава и кислотно-основного состояния (КОС) крови у новорожденных (инвазивные).
27. Клинический анализ крови.
28. Биохимический анализ крови.
29. Исследование системы гемостаза
30. Общий анализ мочи.
31. Клинический анализ ликвора.
32. Показания и противопоказания к переводу новорожденных в различные стационары. Транспортировка новорожденных
33. Показания к переводу \транспортировке беременной в перинатальный центр.
34. Противопоказания к переводу \транспортировке беременной в перинатальный центр.
35. Задачи и организация службы РКЦ
36. Регламент деятельности РКЦ
37. Организация работы реанимационно-консультативного центра
38. Задачи и организация службы выездной бригады реанимации новорожденных
39. Различные модели транспортировки новорожденных
40. Абсолютные и относительные противопоказания к транспортировке
41. Определение риска транспортировки
42. Основные правила транспортировки новорожденных.
43. Подготовка новорожденного к транспортировке.
44. Транспортировка новорожденных на большие расстояния
45. Асфиксия новорождённых. Антенатальные факторы риска развития асфиксии. Интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных.

46. Патофизиология асфиксии. Критерии постановки диагноза. Классификация. Клинические проявления асфиксии. Профилактика. Лечение
47. Основные принципы проведения реанимации и интенсивной терапии у новорожденных.
48. Реанимация как совокупность неотложных медицинских мероприятий. Понятие интенсивной терапии
49. Особенности реанимационных мероприятий и главные этапы их проведения при неотложных состояниях у новорожденных детей
50. Современное развитие первичных реанимационных мероприятий и алгоритмов проведения сердечно-легочной реанимации
51. Алгоритм принятия решения о начале первичных реанимационных мероприятий. Последовательность основных реанимационных мероприятий. Начальные мероприятия
52. Поддержание нормальной температуры тела новорожденного. Придание положения на спине. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Тактильная стимуляция. Комплекс мер проведения искусственной вентиляции легких. Интубация трахеи. Использование кислорода
53. Техника и правила непрямого массажа сердца. Введение медикаментов
54. Критерии эффективности реанимационных мероприятий и их оценка. Окончание реанимационных мероприятий. Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале. Алгоритмы первичной реанимации недоношенных различного гестационного возраста в соответствии с рекомендациями Минздравсоцразвития России (2010г).

1.2 Тестовые задания для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5)

- 001 НА КАКИХ ПРИЗНАКАХ, В ОСНОВНОМ, БАЗИРУЕТСЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО В РЕАНИМАЦИИ?
- А наличие дыхания, частота сердечных сокращений, цвет кожных покровов и слизистых
- Б наличие дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление
- В частота сердечных сокращений, величина артериального давления, цвет кожных покровов и слизистых
- Г наличие дыхания, цвет кожных покровов и слизистых, реакция на осмотр
- 002 КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ РЕАНИМАЦИИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ 30 СЕКУНД, ЧИСЛО СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВИЛО 55 УДАРОВ В 1 МИНУТУ.
- А начать непрямой массаж сердца, продолжая вентиляцию под положительным

- давлением
- Б провести тактильную стимуляцию ребенка
В провести только непрямой массаж сердца
Г прекратить вентиляцию под положительным давлением
- 003 КАК ДОБИТЬСЯ УСТРАНЕНИЯ ГИПОКСЕМИИ У РЕБЕНКА С АСПИРАЦИЕЙ МЕКОНИЯ, ЕСЛИ ЕМУ ПРОВОДИТСЯ ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ 100% КИСЛОРОДОМ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В КОНЦЕ ВЫДОХА 4 СМ ВОДНОГО СТОЛБА?
- А увеличить частоту дыхания
Б увеличить время выдоха
В увеличить положительное давление в конце выдоха
Г уменьшить частоту дыхания
- 004 ЕСЛИ ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ, СЛЕДУЕТ
- А начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
Б оценить цвет кожных покровов
В оценить частоту сердечных сокращений
Г ввести зонд в желудок и удалить его содержимое
- 005 ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО НОРМАЛЬНОГО СЕРДЕЧНОГО РИТМА, ЕСЛИ НОВОРОЖДЕННЫЙ СРАЗУ ПОСЛЕ РОДОВ ЦИАНОТИЧНЫЙ, НЕ ДЫШИТ, НЕ РЕАГИРУЕТ НА СТИМУЛЯЦИЮ, С ЧИСЛОМ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 40 УДАРОВ В 1 МИНУТУ
- А проведение вентиляции под положительным давлением
Б внутривенное введение адреналина
В внутривенное введение атропина
Г внутривенное введение бикарбоната натрия
- 006 КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДПРИНЯТЫ, ЕСЛИ НОВОРОЖДЕННЫЙ НЕ ДЫШИТ ПОСЛЕ ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ?
- А начать вентиляцию легких под положительным давлением кислородом
Б обеспечить подачу свободного потока кислорода
В продолжить тактильную стимуляцию
Г отсосать содержимое верхних дыхательных путей новорожденного
- 007 КАКОЕ ДЕЙСТВИЕ ТРЕБУЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫМ В СОСТОЯНИИ ВТОРИЧНОГО АПНОЭ
- А проведение вентиляции под положительным давлением с использованием кислорода
Б следует обеспечить подачу свободного потока кислорода
В осуществление немедленной интубации трахеи
Г проведение тактильной стимуляции
- 008 ПОКАЗАНИЯМИ К ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ПРИ УСЛОВИИ ЗАВЕРШЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (ВЫСУШИВАНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, САНАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ,

- ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ), ЯВЛЯЮТСЯ
- А отсутствие самостоятельного дыхания, брадикардия менее 100 ударов в минуту
 Б цианоз губ и слизистой ротовой полости, брадикардия менее 100 ударов в минуту
 В цианоз губ и слизистой ротовой полости, судорожное дыхание
 Г резкая бледность кожных покровов, судорожное дыхание
- 009 ОСНОВНЫМИ ЭФФЕКТАМИ, ОЖИДАЕМЫМИ ПРИ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ЯВЛЯЮТСЯ
- А периферическая вазоконстрикция, увеличение силы и частоты сердечных сокращений
 Б улучшение микроциркуляции, ликвидация, метаболического ацидоза
 В улучшение микроциркуляции, увеличение силы и частоты сердечных сокращений
 Г появление самостоятельного дыхания, увеличение силы и частоты сердечных сокращений
- 010 КАКУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ СЛЕДУЕТ ОБЕСПЕЧИТЬ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМОМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ ?
- А 90-100%
 Б 70-80%
 В 50-60%
 Г 30-40%
- 011 ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ПОСЛЕДУЮЩИХ ДЕЙСТВИЯХ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
- А частоту сердечных сокращений, наличие/отсутствие самостоятельного дыхания, цвет кожных покровов
 Б частоту сердечных сокращений, мышечный тонус, цвет кожных покровов
 В наличие/отсутствие самостоятельного дыхания, мышечный тонус, цвет кожных покровов
 Г наличие/отсутствие самостоятельного дыхания, мышечный тонус, цвет кожных покровов, рефлекторную раздражимость
- 012 КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ ОСВОБОЖДЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ МЕКОНИЯ?
- А использовать грушу или катетер, присоединенный к механическому отсосу
 Б отсасывать глубоко и энергично для удаления всей избыточной жидкости
 В отсасывать вначале из носа, а затем - изо рта
 Г отсасывать вначале изо рта, а затем - из носа
- 013 В КАКИХ СЛУЧАЯХ НИЗКАЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР МОЖЕТ БЫТЬ НЕ СВЯЗАНА С АСФИКСИЕЙ?
- А при медикаментозной депрессии
 Б при преждевременных родах
 В при запоздалых родах

- Г при преждевременной отслойке плаценты
- 014 ОБЪЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ
- А наблюдение за видимыми движениями грудной клетки
 - Б отклонение стрелки манометра, превышающее отметку 30 см водного столба
 - В выслушивание дыхания
 - Г наблюдение за улучшением цвета кожных покровов
- 015 КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ В ОТНОШЕНИИ ПРОТОЧНОНАПОЛНЯЮЩЕГОСЯ МЕШКА?
- А может использоваться для подачи кислорода в режиме свободного тока
 - Б не требует плотного контакта между лицом и маской для вспомогательной вентиляции
 - В наполняется без источника сжатого газа
 - Г требует наличия кислородного резервуара
- 016 ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ВЛИЯЕТ НА ВЕЛИЧИНУ ДАВЛЕНИЯ, СОЗДАВАЕМОГО САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕШКОМ?
- А присутствие кислородного резервуара
 - Б параметр установки клапана сброса (ограничения) давления
 - В утечка воздуха между маской и личиком новорожденного
 - Г давление, используемое для сжатия мешка
- 017 НОРМАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР НА 1 МИНУТЕ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ БАЛЛОВ И БОЛЕЕ
- А 8
 - Б 7
 - В 9
 - Г 10
- 018 ГЛАВНАЯ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ПЛОДА ПРИ ЕГО ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ В РОДАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- А выпадении пуповины при спонтанном разрыве околоплодных оболочек
 - Б обвитии пуповины вокруг туловища
 - В возможности перехода поперечного положения в тазовое
 - Г инфицировании плода вследствие длительного безводного периода на фоне затянувшихся родов
- 019 УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
- А в боковые желудочки мозга
 - Б Субдуральные
 - В Эпидуральные
 - Г в вещество мозга
- 020 ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ВТОРИЧНОЙ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- А восстановлении свободной проходимости дыхательных путей, вспомогательной масочной ИВЛ, а при отсутствии эффекта интубации трахеи и проведении

- аппаратной ИВЛ
- Б поднятии головного конца кровати и обеспечении адекватной оксигенации
- В немедленной интубации трахеи и начале аппаратной ИВЛ
- Г помещении ребенка в кислородную палатку, опускании головного конца кровати и назначении дыхательных analeптиков
- 021 ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕАДЕКВАТНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ
- А нарушение внутрилегочного распределения газа соответственно степени перфузии отдельных участков легких
- Б функционирование фетальных коммуникаций
- В усиленная работа дыхательной мускулатуры
- Г низкое сопротивление дыхательных путей
- 022 КАКОВА ОКРАСКА КОЖИ У РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ В ПЕРВИЧНОМ АПНОЭ?
- А Серая
- Б Бледная
- В Цианотичная
- Г Розовая
- 023 КАКИЕ МАКСИМАЛЬНЫЕ ЦИФРЫ ДАВЛЕНИЯ В ____ СМ ВОДНОГО СТОЛБА ДОПУСТИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЫХАНИЯ ПОД ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АСПИРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ?
- А 4-6
- Б 2-3
- В 8-10
- Г 10-12
- 024 МЕТОД СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ ПОД ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
- А с массой тела менее 1200-1500 г
- Б «маленьких» к сроку гестации
- В от матерей с сахарным диабетом
- Г Переношенных
- 025 РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НАЧИНАЮТ С ПРОВЕДЕНИЯ
- А восстановления свободной проходимости дыхательных путей
- Б искусственной вентиляции легких
- В внутривенного введения дыхательных analeптиков
- Г непрямого массажа сердца
- 026 МЕКОНИЙ ИЗ ТРАХЕИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОТСАСЫВАТЬ
- А эндотрахеальной трубкой соответствующего диаметра
- Б катетером для отсасывания слизи с концевым отверстием, введенным в эндотрахеальную трубку
- В катетером для отсасывания слизи с концевыми отверстиями, введенным непосредственно в трахею

- Г катетером в концевым и двумя боковыми отверстиями, введенным непосредственно в трахею
- 027 ПРЕДВАРИТЕЛЬНУЮ ОКСИГЕНАЦИЮ ПЕРЕД ИНТУБАЦИЕЙ ТРАХЕИ РЕБЕНКУ, РОДИВШЕМОУ С СИНДРОМОМ АСПИРАЦИИ МЕКОНИЯ
- А проводить не следует
 Б следует проводить через носовой катетер
 В следует проводить через лицевую маску
 Г следует проводить с помощью воронки
- 028 ОТВЕТСТВЕННЫМ ЗА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИСПРАВНОСТИ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННОМУ ЯВЛЯЕТСЯ
- А заведующий родильным блоком
 Б дежурный врач-неонатолог
 В дежурный акушер-гинеколог
 Г главный врач
- 029 У НОВОРОЖДЕННОГО ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ, ДАЛЕЕ СЛЕДУЕТ:
- А оценить частоту сердечных сокращений
 Б начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
 В оценить цвет кожных покровов
 Г удалить содержимое желудка
- 030 ПРИ ОТСУТСТВИИ ДЫХАНИЯ ПРАВИЛЬНЫМ СПОСОБОМ ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ
- А похлопывание по подошвам и/или растирание спины
 Б похлопывание по спине
 В похлопывание по ягодицам
 Г сжатие грудной клетки
- 031 ЧАСТОТА ДЫХАНИЙ В МИНУТУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕНТИЛЯЦИИ ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЛЕГКИХ В РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ БЕЗ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ
- А 40-60
 Б 80-100
 В 30-50
 Г 20-40
- 032 КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ВОЗДУШНОЙ СМЕСИ, ПОДАВАЕМОЙ РЕБЕНКУ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ САМОРАСПРАВЛЯЮЩЕГОСЯ МЕШКА БЕЗ КИСЛОРОДНОГО РЕЗЕРВУАРА, СОЕДИНЕННОГО С ИСТОЧНИКОМ 100% КИСЛОРОДА СОСТАВЛЯЕТ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО
- А 40%
 Б 21%
 В 30 %
 Г 90-100%
- 033 КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

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

- А 90-100%
- Б 60%
- В 40%
- Г 30 %

034 ПРАВИЛЬНАЯ ГЛУБИНА НАДАВЛИВАНИЯ НА ГРУДИНУ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА РАВНЯЕТСЯ

- А одной трети переднезаднего диаметра грудной клетки
- Б одной четверти переднезаднего диаметра грудной клетки
- В половине переднезаднего диаметра грудной клетки
- Г три четверти переднезаднего диаметра грудной клетки

035 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СЧЕТ «РАЗ-И-ДВА-И ТРИ-И-ВДОХ-И» ДОЛЖЕН ЗАНИМАТЬ ОКОЛО ____ СЕКУНД

- А 2
- Б 4
- В 5
- Г 6

036 КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ У РЕБЕНКА, КОТОРОМУ ПРОВОДИЛИ ВЕНТИЛЯЦИЮ ЛЕГКИХ МЕШКОМ И МАСКОЙ И НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ЭКСКУРСИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НЕДОСТАТОЧНЫ, А ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СОСТАВЛЯЕТ 4 УДАРА ЗА 6 СЕКУНД

- А необходимость интубации трахеи, катетеризации вены пуповины и введение адреналина
- Б продолжить вентиляцию мешком и увеличить частоту компрессии грудной клетки
- В увеличить положительное давление на вдохе
- Г необходимость интубации трахеи и продолжить непрямой массаж сердца

037 ЕСЛИ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО ОСТАЕТСЯ МЕНЬШЕ 60 УДАРОВ В МИНУТУ, ТО ПОВТОРНОЕ ВВЕДЕНИЕ РАЗОВОЙ ДОЗЫ АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ КАЖДЫЕ ____ МИНУТ

- А 3-5
- Б 2
- В 6
- Г 7

038 ЕСЛИ У НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ ШОКА И ИМЕЮТСЯ ДАННЫЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЕ О КРОВОПОТЕРЕ, А РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕ ПРИВОДЯТ К УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ, ТО СЛЕДУЕТ ПРЕДУСМОТРЕТЬ ВВЕДЕНИЕ В ВЕНУ ПУПОВИНЫ РАСТВОРА, УВЕЛИЧИВАЮЩЕГО ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ В ДОЗЕ ____ МЛ/КГ

- А 10,0
- Б 5,0

- В 15,0
Г 20,0
- 001 СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛОВЛЕН
А гипогликемией
Б асфиксией
В родовой травмой
Г гипербилирубинемией
- 002 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЛОЖНОЙ ГРЫЖЕЙ ЛЕВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
А придания ребенку положения на больном боку, введения зонда в желудок и удаления желудочного содержимого
Б оксигенации через лицевую маску или носовой катетер
В интубации ребенка и аппаратной ИВЛ
Г очистительной клизмы
- 003 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЛОЖНОЙ И ИСТИННОЙ МЕЛЕНЫ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
А типа гемоглобина в стуле
Б длительности кровотечения
В времени свертывания крови
Г уровня гемоглобина в крови
- 004 КАК РЕАГИРУЕТ ЛЕЙКОГРАММА НА ОСТРОЕ ПАДЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ?
А лейкоцитозом
Б лейкопенией
В сдвигом формулы влево
Г не реагирует
- 005 КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА?
А судороги
Б гипорефлексия
В гипертермия
Г адинамия
- 006 РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А коарктации аорты
Б аномального легочного дренажа легочных вен
В ДМЖП
Г тетрады Фалло
- 007 КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНОГО НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА?
А уровень калия, натрия и хлоридов

- Б содержание кальция, магния, железа
 В общий белок и белковые фракции
 Г С-реактивный белок и прокальцитонинновый тест
- 008 КОНЦЕНТРАЦИЯ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВОГО
 НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА СОСТАВЛЯЕТ ____ ММОЛЬ/Л
 А 135-145
 Б 120-130
 В 150-160
 Г более 160
- 009 СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КАК
 ПРАВИЛО, ВОЗНИКАЕТ ПРИ МИНИМАЛЬНОМ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В
 КРОВИ ____ ММОЛЬ/Л
 А 1,65
 Б 3,3
 В 2,75
 Г 0,5
- 010 РЕБЕНКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РОДОВУ ТРАВМУ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
 ПОДВЫВИХА АТЛАНТА НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАФИЮ
 ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В _____ ПРОЕКЦИИ
 А передне-задней
 Б боковой
 В косой
 Г любой из перечисленных
- 011 У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ С ФЕТАЛЬНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ
 СИНДРОМОМ ОТСУТСТВУЕТ
 А ожирение
 Б черепно-лицевой дисморфизм
 В отставание в росте
 Г микроцефалия
- 012 СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО
 РЕБЕНКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММОЛЬ/Л
 А 4,5-5,5
 Б 3,0-4,0
 В 6,5-7,5
 Г 8,0-9,0
- 013 КАКОВА ПРИЧИНА ОСЛАБЛЕНИЯ ДЫХАНИЯ С ОДНОЙ СТОРОНЫ
 ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И СНИЖЕНИЯ НАСЫЩЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА
 КИСЛОРОДОМ У НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ АСПИРАЦИИ
 МЕКОНИЯ, КОТОРОМУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПРОВОДИЛИ В ТЕЧЕНИИ 1
 ЧАСА ВЕНТИЛЯЦИЮ ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ
 А пневмоторакс
 Б врожденная диафрагмальная грыжа
 В врожденная пневмония
 Г лобарная эмфизема
- 014 ГЛАВНЫМ ФАКТОРОМ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ ОБ ИНТУБАЦИИ И

- ОТСАСЫВАНИИ СОДЕРЖИМОГО ИЗ ТРАХЕИ У НОВОРОЖДЕННОГО С МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- А активность новорожденного
 - Б консистенция загрязненной меконием амниотической жидкости
 - В оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте
 - Г нарушение сердечного ритма плода в анамнезе
- 015 ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ В СТУЛЕ БОЛЬШОЙ ПРИМЕСИ КРОВИ (МЕЛЕНЬ) МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
- А язвенно-некротизирующий энтероколит, геморрагическая болезнь новорожденного, ДВС-синдром
 - Б трещины сосков у матери, непереносимость молока, язвенно-некротизирующий энтероколит
 - В геморрагическая болезнь новорожденного, травма прямой кишки, ДВС-синдром
 - Г травма прямой кишки, непереносимость молока, трещины сосков у матери
- 016 КАКОВА ТАКТИКА НЕОНАТОЛОГА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ У РЕБЕНКА ВОЗРАСТЕ 2 ДНЕЙ?
- А перевести в специализированное отделение
 - Б выписать домой
 - В перевести в инфекционную больницу
 - Г изолировать в отдельную палату
- 017 АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
- А прямая гипербилирубинемия
 - Б гемолитическая болезнь новорожденного
 - В физиологическая желтуха
 - Г синдром Криглера-Найяра
- 018 КАКУЮ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ МОЖНО ОЖИДАТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО, ЕСЛИ ЧЕРЕЗ 24 ЧАСА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ РАВЕН 284 МКМОЛЬ/Л, НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА- 260 МКМОЛЬ/Л.
- А ядерную желтуху
 - Б геморрагическую болезнь новорожденных
 - В атрезию желчевыводящих путей
 - Г синдром сгущения желчи
- 019 КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЖЕЛТУХИ НА 4-Й ДЕНЬ ЖИЗНИ, ЕСЛИ ИЗВЕСТНО, ЧТО ГРУППА КРОВИ МАТЕРИ О (I), РЕЗУС-ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ, А У РЕБЕНКА – А (II), РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ, УРОВЕНЬ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА 48,4 МКМОЛЬ/Л, СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ – 194 Г/Л
- А ребенок не нуждается в дополнительном обследовании
 - Б проведение реакции Кумбса
 - В определение почасового прироста билирубина
 - Г определение уровня печеночных ферментов
- 020 РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С

- АТРЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ ОБУСЛОВЛЕНО
- А нарушением всасывания в кишечнике витамина К
Б поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
В отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
Г повышением проницаемости капилляров
- 021 УКАЖИТЕ ЖЕЛТУХУ, ПРИ КОТОРОЙ В КРОВИ ПРЕОБЛАДАЕТ ПРЯМОЙ БИЛИРУБИН
- А атрезия желчевыводящих путей
Б желтуха от материнского молока
В гемолитическая болезнь новорожденного
Г физиологическая желтуха
- 022 ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ У НОВОРОЖДЕННОГО НАБЛЮДАЕТСЯ
- А тахикардия
Б брадикардия
В экстрасистолия
Г неизменный ритм сердечных сокращений
- 023 УКАЖИТЕ ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- А водянистый, кислый, трескучий
Б гомогенный, желтый, со слизью
В жидкий, жирный, зловонный
Г обильный, замазкообразный, ахоличный
- 024 К КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МИКРОСФЕРОЦИТАРНОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ
- А анемию, желтуху, спленомегалию
Б анемию, желтуху, тромбоцитопению
В анемию, тромбоцитопению, гепатомегалию
Г анемию, желтуху, тромбоцитопению, гипоплазию костного мозга
- 025 ОСНОВНЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- А ретикулоцитоз
Б мегакарицитоз
В лейкоцитоз
Г анизо- и пойкилоцитоз
- 026 ПОТОВАЯ ПРОБА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МУКОВИСЦИДОЗ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ КОНЦЕНТРАЦИЯ ХЛОРИДОВ ПОТА ПРЕВЫШАЕТ ЗНАЧЕНИЕ _____ ММОЛЬ/Л
- А 60
Б 40
В 20
Г 10
- 027 ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А ДВС-синдроме
 Б врожденном гипотиреозе
 В диабетической эмбриопатии
 Г тяжелой гипербилирубинемии
- 028 ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ УРОВЕНЬ ТТГ В КРОВИ
 А повышен
 Б не изменен
 В снижен
 Г значительно снижен
- 029 ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ В КРОВИ РЕБЕНКА КОНЦЕНТРАЦИИ
 А тиреотропного гормона (ТТГ)
 Б тироксина (Т4)
 В трийодтиронина (Т3)
 Г тиреоглобулина
- 030 ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ 17-ГИДРОКСИПРОГЕСТЕРОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА
 А адреногенитального синдрома
 Б врожденного гипотиреоза
 В муковисцидоза
 Г фенилкетонурии
- 031 О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДУМАТЬ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РВОТЫ «ФОНТАНОМ» У РЕБЕНКА ТРЕХНЕДЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА
 А пилоростенозе
 Б пилороспазме
 В кишечной инфекции
 Г адреногенитальном синдроме
- 032 ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
 А дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка
 Б дыхательной недостаточности у доношенного ребенка
 В асфиксии у новорожденного
 Г сердечной недостаточности
- 033 ШКАЛА ДОУНСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
 А дыхательной недостаточности у новорожденного ребенка независимо от гестационного возраста.
 Б дыхательной недостаточности только у недоношенного ребенка
 В дыхательной недостаточности только у доношенного ребенка
 Г тяжести асфиксии у новорожденного

Кейс задачи для контроля компетенции (УК-1, УК-4, УК-5, ПК-5)

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На амбулаторном приёме мама с девочкой 1 месяца жизни. Ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, находилась на стационарном лечении.</p> <p>Ребёнок родился в срок, масса при рождении 2750 г, длина тела 49 см. Привит по календарю.</p> <p>Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи удовлетворительные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0,5. Ребенок находится на грудном вскармливании. На осмотре имеется правосторонний дефект губы (расщелина) длиной 1,5 см и шириной 0,5см.</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется односторонний дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,5 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии.</p> <p>Большой родничок 2,0x2,5 см. Масса - 3500 г (3), длина - 53 см (3). Сон - беспокойный. Аппетит - нарушен.</p> <p>Психометрия: Аз - плавное слежение за движущимся предметом; сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете; Ас – длительно прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки; Э - первая улыбка в ответ на разговор взрослого; До - лёжа на животе, пытается поднимать и удерживать голову до 5 сек.</p>
В	1	Оцените критерии здоровья.
Э	-	<p>1 критерий отягощён за счёт биологического анамнеза (ребёнок от первой беременности, которая протекала на фоне многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерывания, мама находилась на стационарном лечении).</p> <p>2 критерий не отягощён, так как масса и рост находятся в 3 коридоре (в норме масса от 3 до 6 коридора, а рост в 3 до 7 коридоре).</p> <p>3 критерий не отягощён НПР 1 группа 3 степень.</p> <p>4 критерий не отягощён, так как за 1 месяц жизни ребёнок не болел простудными заболеваниями.</p> <p>5 критерий не отягощён, так как нет указаний на наличие отклонений в функционировании органов и систем.</p> <p>6 критерий отягощён, так как в задаче имеется указание на наличие у ребёнка врождённых пороков развития (имеется дефект губы (расщелина) длиной 2 см и шириной 0,5 см).</p> <p>При осмотре ротоглотки также имеется дефект твёрдого и мягкого нёба (расщелина до 2,0 см в длину и 0,5 см в ширину).</p>
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	2	Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
Э	-	Диагноз «ВПР, односторонняя (справа) полная расщелина твёрдого и

		мягкого нёба, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии. Группа здоровья: IV.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Дайте рекомендации законному представителю ребенка по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.
Э	-	<p>Режим для данного возраста (от 0 до 3 месяцев) № 1 включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кормление - 7 раз через 3 часа по 20-30 минут, • бодрствование по 1-1,5 часа, • сон ночной 10-11 часов, сон дневной 4 периода по 2-1,5 часа. • питание сут. V 1/5 от массы тела (3600) – 720 мл, раз. V 740 мл на 7 раз кормлений составляет 103 мл. грудного молока. <p>В связи с наличием дефекта каждое кормление должно осуществляться через обтуратор.</p> <p>Вв – воспитательные воздействия – на 2 месяце жизни и заключается в стимулировании следующих линий НПР:</p> <p>Аз – длительно следить за движущимся предметом – подвесить игрушку над кроваткой ребёнка;</p> <p>Ас – ищущие повороты головы при длительном звуке, игрушку над кроваткой можно вешать с музыкой;</p> <p>Э – разговаривать с ребёнком с проявлением различных эмоций (положительных вопросительных и т.д.) формировать улыбку в ответ на разговор взрослого;</p> <p>До – выкладывать на живот и стараться длительно удерживать голову.</p> <p>Фв – физические воздействия – гимнастический комплекс № 1 назначается с периода 1,5 месяцев жизни и направлен на снижение тонуса сгибателей.</p> <p>Упражнения комплекса № 1 включают:</p> <p>Поглаживающий массаж рук, ног.</p> <p>Выкладывание на живот.</p> <p>Поглаживающий массаж спины.</p> <p>Массаж живота по часовой стрелке.</p> <p>Рефлекторное ползание.</p>
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Проведите профилактику пограничных состояний.
Э	-	<p>Профилактика пограничных состояний – на 2 месяца жизни включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, гигиенический уход за молочной железой матери.</p> <p>Назначаем Vit D3 в дозе 500 ME 1 раз в сутки.</p> <p>Мама: рекомендации по поддержке грудного вскармливания.</p>

		Так как масса и рост ребёнка находятся на нижней границе нормы провести контроль прибавки веса ребёнка и контрольное взвешивание (контроль за группой риска по белково-энергетической недостаточности). Рекомендуем маме частое прикладывание к груди, пяти разовый приём пищи, психологический комфорт в семье.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назовите, какую специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.
Э	-	БЦЖ М, первая вакцинация гепатит В, пневмококковая инфекция
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
H	-	02
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мать с ребенком в возрасте 3-х недель жизни приехала из сельской местности в город к родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку посчитали, что ребёнок болен.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом в I и II триместрах беременности; на 23-25 неделе гестации у женщины отмечалось повышение температуры, катаральных явлений не было, не лечилась.</p> <p>Роды на 40-й неделе гестации: 1-й период – 8 час, 2-й – 25 мин, безводный промежуток – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3550 г, длина 53 см. Выписан из родильного отделения центральной районной больницы на 7-й день жизни.</p> <p>Находится на грудном вскармливании, со слов матери и родственников сосёт вяло, активность снижена. Матери 18 лет, заболевания отрицает. При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое. Вялый, крик слабый, реакция на осмотр очень вялая. Масса тела 3540 г; при контрольном кормлении высосал около 63 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чистая. Ребёнок пониженного питания, подкожно-жировой слой истончён на груди и животе. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы 40 см, грудной клетки 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет, ЧД 40 /мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 132 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2,5 см выступает</p>

		из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Диффузная мышечная гипотония.
В	1	Каков предполагаемый диагноз? Группы риска и группа здоровья ребёнка.
Э	-	Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС. Гидроцефалия. Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст. Риск частых респираторных заболеваний в периоде социальной адаптации. Риск развития анемии и рахита. Группа социального риска. Группа здоровья III.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие скрининговые исследования должны были быть проведены ребёнку в родильном доме, результаты которых следует уточнить?
Э	-	В первые дни жизни ребёнка в обязательном порядке проводится анализ крови из пятки, это исследование называется «скрининг новорождённого» проводят исследования на наличие как минимум пяти тяжёлых наследственных заболеваний: фенилкетонурия, врождённый гипотиреоз, галактоземия, адреногенитальный синдром, муковисцидоз (кистозный фиброз).
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
В	3	Определить степень недостаточности питания у ребёнка.
Э	-	У ребёнка белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия) 1 ст. В зависимости от степени дефицита массы тела различают три степени гипотрофии: - при гипотрофии I степени дефицит массы тела составляет от 10 до 20%; - при гипотрофии II степени дефицит массы тела составляет уже от 20 до 30%; - если дефицит массы тела превышает 30%, то это уже гипотрофия III степени. У пациента имеет место гипотрофия 1 степени (дефицит массы около 11%).
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	Определите суточный объём питания ребёнку, объём докорма и предпочтения в смесях при назначении докорма.
Э	-	Необходимо проведение контрольного взвешивания ребёнка с последующей коррекцией питания. Суточный объём питания рассчитывается на должную массу тела, которую ребёнок должен иметь по возрасту - 3540,0 г, то есть 1/5 от 3 540,0 - 708,0 (700,0) в сутки; Число кормлений 7 (через 3 часа),

		на одно кормление - 100,0 мл. При наличии у мамы 70,0 мл грудного молока на кормление, докорм проводится в объёме 30,0 мл на одно кормление. Для докорма используются адаптированные смеси (формула 1) или смеси для маловесных и недоношенных детей. Расчёты основных пищевых веществ рациона больного проводятся исходя из возрастных физиологических норм на 1 кг его массы тела.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Составьте план профилактических мероприятий на 1 год жизни ребёнка.
Э	-	Витамин Д3 ежедневно по 1000 МЕ. Препараты железа III с 3 месячного возраста из расчёта 2 мг/кг массы тела в сутки. В 3 месяца – повторный контроль периферической крови, мочи. «Д» учёт у врача-невролога. Реабилитация и восстановительное лечение.
P2	-	План профилактических мероприятий составлен верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребёнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребёнок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра. Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия. Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Основной: «родовая травма - перелом левой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
Э	-	Рентгенография левой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно

В	3	Назначьте лечение.
Э	-	Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация верхней левой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	4	Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
Э	-	После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
P2	-	Прогноз верный.
P1	-	Прогноз верный, но плохо обоснован
P0	-	Прогноз неверный.
В	5	Укажите методы лечения болевого синдрома.
Э	-	Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S.Glucosi 40%, Парацетамол - анальгетик I степени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребёнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребёнок погиб на 2 сутки жизни. В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода – 4 часа 20 минут, 2 периода – 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 31 неделя беременности с массой тела 1700 г, длиной 41 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювез, продолжена СРАР воздухом, начата в родильном зале. Сурфактант не вводился. При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлекс орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу.

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

		преждевременным родам, утяжелению гипоксии плода, и острой асфиксии в родах. Обвитие пуповиной шеи плода может привести к усугублению острой асфиксии в родах. Быстрые роды – риск травматизации в родах.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
B	2	Проведите оценку состояния по шкале Сильвермана в возрасте 18 часов жизни. Проведите оценку нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду. Перечислите патологические состояния, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов, что говорит о тяжёлом синдроме дыхательных расстройств: отсутствие синхронности грудной полости и живота при дыхании – 1 балл; заметное втяжение межрёберных промежутков на вдохе – 2 балла; небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе - 1 балл; опускание подбородка на вдохе, рот открыт - 2 балла; экспираторные шумы – 2 балла. Оценка нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду составила 17 баллов, что говорит о зрелости на 30-32 недели (что соответствует гестационному возрасту ребёнка): кожа – 1 балл; лануго – 2 балла; поверхность подошв – 2 балла; грудь – 3 балла, глаза/уши – 1 балл; гениталии – 1 балл; поза – 1 балл; «квадратное окно» - 2 балла; возвращение рук – 1 балл; подколенный угол – 1 балл; признак «шарфа» - 1 балл; приведение стопы к голове – 1 балл. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими состояниями: <ul style="list-style-type: none"> • ранний неонатальный сепсис; • врождённая пневмония; • синдром утечки воздуха; • врождённые пороки развития лёгких (аплазия/гипоплазия); • врождённая диафрагмальная грыжа; • врождённые пороки сердца «синего типа».
P2	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена верно.
P1	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена не полностью
P0	-	Оценка состояния и патологических синдромов проведена неверно
B	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: респираторный дистресс–синдром, тяжёлый. Осложнение: транзиторная гипогликемия. Фон: недоношенность 31 неделя.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Общий анализ крови – норма (отсутствие гуморальной активности, анемии);

		<p>уровень С-реактивного белка– норма; кислотно-основное состояние – компенсированный дыхательный ацидоз; биохимический анализ крови -гипогликемия; ультразвуковое исследование головного и спинного мозга - признаки отёка головного мозга; ультразвуковое исследование органов брюшной полости - норма; рентген органов грудной клетки - диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами, отсутствуют признаки аспирации и инфильтрации, нет признаков дислокации органов брюшной полости в грудную полость); электрокардиография - ритм синусовый, частота сердечных сокращений в норме или синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации; эхокардиография - анатомически правильно сформированы сердце и крупные сосуды, возможно функционирование артериального протока без изменения внутрисердечной гемодинамики, открытое овальное окно.</p>
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
V	5	Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	<p>Первичная реанимационная помощь в родильном зале оказана в полном объёме. При переводе ребёнка в ПИТ было показано введение Сурактатна 200 мг/кг, неинвазивным методом или методом INSURE. Показано было назначение энтерального питания сразу после поступления в ПИТ.</p> <p>Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, усугубление синдрома дыхательных расстройств (нарастание оценки до 8 баллов по шкале Сильвермана, дыхательная недостаточность III степени), показано интубация трахеи, повторное (в данном случае, первое) введение Сурфактанта 200 мг/кг.</p> <p>Режим – охранительный, кювез с температурой 32-35 °С, влажностью воздуха 80%; Начало неинвазивной искусственной вентиляции лёгких в режиме «нормовентиляции».</p> <p>Инфузионная терапия из расчёта физиологической потребности (80 мл/кг/с – суточный объём энтерального питания=$(136 - 20 \text{ мл}):24 \text{ часа} = 4,8 \text{ мл/ч}$ – скорость инфузии (раствор глюкоза 5%). Энтеральное питание сцеженным грудным молоко через зонд (капельное введение, за 1 час).</p> <p>Тактика ведения ребёнка с гипогликемией: определение уровня глюкозы сыворотки крови через 1 час и перед следующим кормлением. Если концентрация глюкозы менее 2,6 ммоль/л, то в/в введение глюкозы 10% 8 мл/кг (0,4-0,8 г/кг), затем вновь перейти на постоянную в/в инфузию глюкозы 10% 4-8 мг/кг/мин, то есть 2,4-4,6 мл/кг/час. Определить уровень глюкозы через 30 минут инфузии.</p> <p>Медикаментозная терапия: Викасол 0,1 мг/кг (0,17 мл) – однократно, Сурфактант 200 мг/кг (340 мг, эндотрахеально).</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов.

P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка М. родилась с массой 3400 г, длиной 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При осмотре в возрасте 30 минут состояние средней тяжести. Поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлекс спинального автоматизма быстро истощаются. Кожные покровы чистые, ярко-жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища. Пуповинный остаток в скобе. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, частота дыхания 38 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, шумов нет, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, печень выступает из-под рёберной дуги на +3 см, селезёнка – на +0,5 см. Меконий отошёл, мочится свободно.</p> <p>Анамнез: беременность вторая, первая беременность закончилась медицинским абортom. Настоящая беременность осложнилась изосенсибилизацией по системе резус-фактор. Группа крови матери А(II) Rh–(отрицательная).</p> <p>Данные обследования.</p> <p>Группа крови девочки - А(II) Rh+(положительная), уровень билирубина в пуповинной крови - 72 мкмоль/л, непрямая фракция - 68 мкмоль/л. Проба Кумбса - положительная.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9$/л, ретикулоциты - 45%.</p>
В	1	Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
Э	-	Резус–фактор матери отрицательный - риск развития гемолитической болезни новорожденного. Первая беременность закончилась медицинским абортom, при наличии отрицательного резус-фактора повышает риск развития гемолитической болезни новорожденного.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены неполностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	2	Выделите клинические синдромы. Определите ведущие. Дайте заключение по лабораторным данным.
Э	-	<p>Желтушный синдром (кожные покровы чистые, ярко жёлтые, отмечается желтушное окрашивание лица, склер, туловища.) – ведущий синдром.</p> <p>Гепатоспленомегалия (печень выступает из-под рёберной дуги на 3 см, селезёнка – на 0,5 см). Синдром угнетения центральной нервной системы (поза разгибательная, мышечный тонус снижен без разницы сторон, рефлекс сосания выражен вяло, рефлекс спинального</p>

		автоматизма быстро истощаются). Резус конфликт (у мамы отрицательный резус-фактор, у девочки - положительный). Непрямая гипербилирубинемия при рождении (из пуповинной крови). Положительная прямая проба Кумбса говорит о наличии антител на поверхности эритроцитов (что наблюдается при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору). В общем анализе крови нормохромная анемия, гиперрегенераторная, средней степени тяжести.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
V	3	Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Основной: Гемолитическая болезнь новорожденного. Несовместимость по резус – фактору. Желтушная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
V	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
Э	-	Морфология эритроцитов: полихромазия, анизоцитоз. Сахар крови – норма. В возрасте 4 часов жизни – общий билирубин и фракции (почасовое нарастание общего билирубина более 6,8 ммоль/л), непрямая гипербилирубинемия. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – гепатоспленомегалия.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	Учитывая непрямую гипербилирубинемия и желтушный синдром с рождения показан перевод ребёнка в палату интенсивной терапии. Режим – охранительный, под источником лучистого тепла. Фототерапия в непрерывном режиме. Голод, так как планируется операция заменного переливания крови. Очистительная клизма. Медикаментозная терапия: внутривенное введение Иммуноглобулина 0,8 гр/кг (2,7 гр в/в, медленно в течении двух часов); Викасол 0,1 мг/кг (0,35 мл) – однократно. Подготовка к операции заменного переливания крови: - установка пупочного катетера, - заменяемый объём $170 \text{ мл/кг} = 3,4 \times 170 = 578 \text{ мл}$. Из них 2/3 - эритроцитарная масса, обеднённая лейкоцитами и тромбоцитами A (II) Rh – отрицательный, 385 мл; свежемороженая плазма A (II) Rh – отрицательный, 193 мл. Из первой порции забранной крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.

		<p>Объём одного замещения до 5 мл/кг ($5 \times 3,4 = 17$ мл).</p> <p>На два шприца эритроцитов вводится один шприц плазмы.</p> <p>После каждых 100 мл замещённого объёма вводится 2,0 мл 10% раствора глюконата кальция + 5,0 мл 5% раствора глюкоза, между шприцами с эритроцитами.</p> <p>Длительность операции два часа.</p> <p>Из последнего объёма замещаемой крови проводится биохимический анализ на уровень билирубина, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.</p> <p>Об эффективности операции говорит снижение общего билирубина в два и более раз.</p> <p>После операции обменного переливания крови продолжить фототерапию.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребёнок у матери 25 лет с осложнённым соматическим анамнезом: сахарный диабет I типа с 18 лет, получает интенсифицированную инсулинотерапию (Новорапид и Левемир), самоконтроль заболевания неудовлетворительный, подготовка к беременности не проведена. От первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I и III триместрах, первых оперативных родов на 29 неделе. При рождении: масса тела 1600 г (между 75 и 90 перцентилями), длина 38 см (между 50 и 25 перцентилями), оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.</p> <p>Через 15 минут после рождения отмечалось нарастание дыхательной недостаточности: частота дыхания до 85 в минуту, западение мечевидного отростка, межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа, при дыхании комнатным воздухом отмечается цианоз носогубного треугольника. При аускультации – ослабленное дыхание, слышны экспираторные шумы. Ребёнок переведён в отделение реанимации.</p> <p>На момент осмотра возраст составляет 1,5 суток. При объективном обследовании выражен синдром угнетения. Кожа бледно-розовая. ЧД – 84 в минуту. При перкуссии над лёгкими определяется притупление перкуторного звука в задненижних отделах. Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются проводные и крепитирующие хрипы. ЧСС – 160 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке. Живот правильной формы, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.</p> <p>Мочевыделение не нарушено, диурез 2 мл/кг/час.</p> <p>Полный анализ крови: $E_r - 5,1 \times 10^{12}/л$, $H_b - 162$ г/л, $MCV - 98$ fl, $MHC - 31$ pg, $MCHC - 33$ г/л, $Le - 10,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 32%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, тромбоциты – $240 \times 10^9/л$.</p> <p>Глюкоза крови – 1,6 ммоль/л.</p>

		Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, воздушная бронхограмма.
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Респираторный дистресс синдром, ДН III. Диабетическая фетопатия. Недоношенность 29 недель.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте сформулированный диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «респираторный дистресс синдром» установлен</p> <ul style="list-style-type: none"> • на основании данных анамнеза (гестационный возраст ребёнка, сахарный диабет у матери, дыхательные нарушения в первый час жизни); • клинических данных (синдром дыхательной недостаточности, экспираторные шумы, данные перкуссии лёгких и аускультативные изменения над лёгкими); • параклинических данных (отсутствие воспалительных изменений в полном анализе крови, характерная рентгенологическая картина). <p>Диагноз «диабетическая фетопатия» установлен на основании данных анамнеза; клинических данных (макросомия); параклинических данных (гипогликемия).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Рекомендовано исследование кислотно-основного состояния, электролитного состава крови, уровня общего белка и альбумина, мочевины, креатинина в крови, контроль уровня сатурации.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
Э	-	Пневмония, транзиторное тахипноэ новорожденных, синдром аспирации мекония, пороки развития лёгких, ВПС.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	Определите тактику лечения и обоснуйте её.
Э	-	<p>Создание оптимальных условий выхаживания и обеспечение полноценного питания.</p> <p>Респираторная терапия.</p> <p>Заместительная терапия Сурфактантом.</p> <p>Антибактериальная терапия.</p> <p>Ликвидация метаболических нарушений.</p>

P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте – 5 баллов, на 5 минуте – 7 баллов.</p> <p>После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС – 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот.</p> <p>Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.</p> <p>При обследовании получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \times 10^9/л$, лейкоциты – $28 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л.</p> <p>Сатурация кислорода – 84 %, рН – 7,14.</p> <p>Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз заболевания.
Э	-	Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
Э	-	В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
Э	-	Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия. Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР - агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы - пневмонии.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
Э	-	Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
B	5	Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.
Э	-	Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорожденного в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Мальчик 3 дней жизни поступил в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Беременность у матери протекала с угрозой прерывания на сроке 32–34 недели, в связи с чем находилась на стационарном лечении. Роды на 38 неделе, масса ребёнка при рождении – 2950 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. К груди приложен в первые сутки. На 3 день жизни у ребёнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребёнку был введён 1% раствор Викасола – 0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Не смотря на проводимое лечение, у ребёнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лёгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребёнок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус и двигательная активность снижены. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не пальпируется, стул – мелена.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 180 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты – $310 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,9 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час.</p> <p>Время кровотечения по Дюке – 2 минуты, время свёртывания крови – 9 минут, АЧТВ – 90 секунд (норма 40–60 секунд), фибриноген – 2,5 г/л (1,5–3 г/л), общий белок – 54 г/л, общий билирубин 196 мкмоль/л, непрямой билирубин – 188 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, АСТ – 38 ед., АЛТ – 42 ед.</p> <p>НСГ: рисунок борозд и извилин сглажен, гидрофильность тканей мозга, эхогенность подкорковых ганглиев повышена.</p>
В	1	Сформулируйте клинический диагноз.
Э	-	Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, желудочно-кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимся геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?
Э	-	Синдром «заглоченой крови», ДВС- синдром, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, гемофилия.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Обозначьте план обследования.
Э	-	Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов,

		тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.
P2	-	План обследования составлен верно
P1	-	План обследования составлен не полностью
P0	-	План обследования составлен неверно
B	4	Назначьте лечение данному ребёнку.
Э	-	Отменить энтеральное питание, поить раствором тромбина в эписилон-аминокапроновой кислоте, ввести Викасол в/м. При продолжении кровотечения или его усилении- переливание одногруппной свежезамороженной плазмы или препаратов протромбинового комплекса (протромбоплекс и др.).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.
Э	-	Динамический контроль клинического крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, профилактика развития анемии, консультация невропатолога с проведением повторной НСГ.
P2	-	План наблюдения составлен и обоснован верно
P1	-	План наблюдения составлен и обоснован не полностью
P0	-	План наблюдения составлен и обоснован неверно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 1 суток жизни находится в родильном доме. Матери 25 лет, имеет группу крови А (II) Rh-, настоящая беременность вторая, первая – закончилась абортom при сроке 9 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно. Роды срочные. Масса тела ребёнка – 3500 г, длина – 51 см, по шкале Апгар оценён на 7/8 баллов. Сразу при рождении отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины, околоплодных вод. При первом осмотре врачом-педиатром выявлено увеличение печени до 3 см, селезёнки +1,5 см. Дополнительное обследование пуповинной крови определило содержание билирубина 105 мкмоль/л, через 4 часа после рождения – 175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определённый по cito – 149 г/л.
B	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	-	В данном случае следует думать о врождённой желтушной форме гемолитической болезни новорожденного, обусловленной резус-конфликтом.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус-фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус-антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорожденного.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	3	Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
Э	-	Во время беременности резус-отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.
P2	-	План обследования составлен и обоснован верно
P1	-	План обследования составлен и обоснован не полностью
P0	-	План обследования составлен и обоснован неверно
В	4	Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
Э	-	Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус-антител в сыворотке крови матери.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Доношенный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась спонтанным абортom на сроке 20 недель. Роды вторые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.
В	1	Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар. Укажите степень тяжести асфиксии.
Э	-	Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.
P2	-	Верно

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

		ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лёгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Недоношенный ребёнок 28 недель гестации поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью. Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 75 в минуту. Оценка по шкале Сильвермана – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 148 ударов в минуту. На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения. Скорость диуреза – 0,3 мл/кг/час. Данные КОС: рН крови – 7,2, рО ₂ – 45 мм рт. ст., рСО ₂ – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее - ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 28 недель гестации.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины, срока гестации 28 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения. Недостаточность кровообращения II a степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких. Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 75 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Сильвермана 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз. Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации –

		28 недель.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
Э	-	Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?
Э	-	Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов - одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов - ингибиторов циклоксигеназы. Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок М., родился от матери 30 лет. Из анамнеза известно: данная беременность - I, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3420 г, ростом 53 см с тугим двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стонет; сердцебиение - 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи - гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

В	1	1. Поставьте диагноз.
Э	-	Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью
Р0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Окажите неотложную помощь новорождённому.
Э	-	Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
Р2	-	Выбраны верные группы препаратов и/или манипуляций.
Р1	-	Выбраны правильные группы препаратов и/или лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и/или лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.
Р0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
В	4	Проведите дифференциальную диагностику.
Э	-	Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный
В	5	Какова тактика ведения новорождённому?
Э	-	После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.
Р2	-	Верно
Р1	-	Не полностью верно
Р0	-	Ответ неверный

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

		<p>Немедленная интубация трахеи показана: Детям с подозрением на диафрагмальную грыжу Детям, родившимся с примесью мекония в околоплодных водах с угнетенным самостоятельным дыханием или его отсутствием и сниженным мышечным тонусом Детям, родившимся ранее 27 недели беременности с целью профилактического введения сурфактанта При неэффективной масочной ИВЛ (ЧСС<60 ударов в минуту через 30 секунд ИВЛ) При необходимости проведения непрямого массажа сердца</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
B	5	Назначьте питание.
Э	-	Полное парентеральное питание
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Ребенок К., из анамнеза известно, что ребенок от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, кольпитом, острым гестационным пиелонефритом. Роды -1-е, в 30 недель беременности путем экстренной операции кесарева сечения двойней. Безводный промежуток 12 часов. Вод не было, гнилостный запах. Матери 22 года, страдает гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, аднекситом, в анамнезе невынашивание (3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности). Акушерский диагноз: Преждевременные роды 1 в 30 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Дородовое излитие околоплодных вод. Монохориальная диамниотическая двойня. Неиммунная водянка 1 плода, антенатальная смерть. Ангидроамнион 2 плода. Невынашивание. Гипертоническая болезнь. Острый гестационный пиелонефрит. ВУИ. Многоводие 1 плода. Девочка К., вторая из двойни, масса при рождении - 1200 г, рост – 38 см, окружностью головы – 28,5 см, груди – 24,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет синдрома угнетения. В родовом зале проведена санация верхних дыхательных путей, желудка, ИВЛ мешком Амбу через маску в течение 4-х минут. После реанимационных мероприятий появился слабый крик. При осмотре выявлены некрозы тканей головы, ног, поясничной области. Дыхание ослабленное, единичные крепитирующие хрипы, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, ЧД 64 в 1 мин. Получала комплексную интенсивную терапию – ранний назальный СРАР, антибактериальную,</p>

		инфузионную, минимальное энтеральное питание. Через 6 часов после рождения отмечен эпизод артериальной гипотонии. Клинический анализ крови: Нв 145 г/л, Эр. 3,6·10 ¹² /л, ЦП 0,99, Тромб. 85·10 ⁹ /л, Лейк. 5,5·10 ⁹ /л, миелоциты 5%, п/я 10 %, с 43 %, л 34 %, м– 8 %, СОЭ – 6 мм/час, токсическая зернистость нейтрофилов +++. НСГ – незначительный перивентрикулярный отек.
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	Учитывая, что новорожденная девочка от матери с хронической соматической патологией (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит), высоким инфекционным индексом (аднексит, кольпит, пиелонефрит), репродуктивными потерями в анамнезе (выкидыши, смерть 1-го новорожденного из двойни), осложненным течением беременности двойней с угрозой прерывания, родилась в 30 недель гестации путем экстренной операции кесарева сечения с длительным безводным промежутком, практически без околоплодных вод, с гнилостным запахом, внутриутробно инфицированной, с задержкой внутриутробного развития, с множественными гемангиомами, в асфиксии средней тяжести, с респираторными расстройствами, синдромом угнетения; явления артериальной гипотонии через 6 часов после рождения, выявленный анемический синдром, лейкопению со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускоренной СОЭ, токсической зернистостью нейтрофилов, тромбоцитопенией, данные НСГ, можно поставить диагноз: Основной: Респираторный дистресс-синдром новорожденного Конкурирующий: Ранний неонатальный сепсис. Септический шок. Сопутствующие: 1.Церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения ЦНС. 2.Анемия средней тяжести. Фон: Недоношенность 30 нед. ЗВУР 1 ст., диспластический вариант. Вторая из двойни. Асфиксия средней тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Какова тактика ведения новорожденного?
Э	-	АИВЛ. Стартовые параметры: FiO ₂ 0,3-0,4, Tin 0,3-0,35с, РЕЕР 4-5 см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РІР 16-30см вод. ст., поток 2-3л/мин/кг. Провести восполнение ОЦК. Тест с разовой объемной нагрузкой 0,9% раствором натрия хлорида в дозе 12 мл (10 мл/кг) в течение 10 минут, затем продолжить введение 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 12 мл в течение 20 минут до достижения объема 20 мл/кг. Включить в комплексную терапию постоянную инфузию добутамина 8 мкг/мин (2-10кг/кг/мин). Согревание в кувезе с t 36,6°С. Проводить инфузионную терапию в объеме 80 мл/кг/сут – 4 мл/час. Проводить коррекцию ацидоза, гипогликемии, гипомагниемии. Антибактериальная терапия. Минимальное энтеральное питание. В лечении добавить пентоглобин 5 мл/кг/сут в течение 3-х дней или через день со скоростью 1,7 мл/кг/час.

		Поставить на учет в ОРИТ.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	3	Проведите дифференциально-диагностические мероприятия.
Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза, клинической картине, результатах рентгенологического исследования. Следует дифференцировать с сепсисом пневмонией, транзиторным тахипноэ новорожденных, синдромом аспирации мекония.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите противопоказания для терапии сурфактантом.
Э	-	Легочное кровотечение Отек легких Артериальная гипотензия или шок Гипотермия Декомпенсированный ацидоз
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте питание ребёнку.
Э	-	Полное парентеральное питание. Потребность в энергии в 1-ые сутки – 20 ккал/кг/сут. (24 ккал). В 100 мл 10% глюкозы содержится 34 ккал, 24 ккал – в 71 мл. Поэтому в составе инфузионной терапии должно быть не менее 71 мл 10% глюкозы. Подключить белок и липиды по физ.потребности.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Новорожденный Л., переведен в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно: матери 17 лет, страдает хроническим пиелонефритом, беременность - I, протекала на фоне гестоза и обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Роды в 39 недель, 1-й период родов - 22 часа, 2-й – 40 минут, безводный промежуток – 23 часа. Задние воды зеленые с гнилостным запахом. Масса тела при рождении 2530 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. При первичном осмотре: кожа бледная с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. С первых часов жизни проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожный покров серый, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД - 84 в минуту, апноэ. Перкуторно над легкими определяется укорочение

		<p>звука, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС -170 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: синдром угнетения.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb – 175 г/л; Эр. – $5,3 \cdot 10^{12}$/л; ЦП – 0,9; Тромб. – $235,0 \cdot 10^9$/л; Лейк. – $30,1 \cdot 10^9$/л; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2%, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 49 mm Hg, рСО₂ – 70 mm Hg, рН – 7,21, ВЕ = – 18 ммоль/л; АВ = 9 ммоль/л; SB = 8 ммоль/л; ВВ = 19 ммоль/л.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз данному ребенку, обоснуйте.
Э	-	<p>Учитывая инфекционную патологию матери (хронический пиелонефрит) с обострением в третьем триместрах, затяжные роды с длительным безводным промежутком (23 часа), зеленоватые, с неприятным запахом околоплодные воды, задержку внутриутробного развития, асфиксию в родах (оценка по шкале Апгар 5/7 баллов), снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии, бледность с сероватым оттенком, мраморность, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышку с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта, прогрессирующее ухудшение состояния, гипотермию, нарастающие явления дыхательной недостаточности, перкуторное укорочение звука над легкими, ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы с обеих сторон, тахикардию, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гипоксемию, ацидоз, можно поставить диагноз:</p> <p>Основной: Врожденная пневмония неуточненная, тяжелая. (Врожденная трансплацентарная пневмония). ДН III степени Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести. ЗВУР 2 ст., гипотрофический вариант</p>
P2	-	Диагноз поставлен и обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен и обоснован не полностью
P0	-	Диагноз поставлен и обоснован неверно
В	2	Перечислите предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данного заболевания.
Э	-	<p>Предрасполагающими факторами для возникновения пневмоний у новорожденных являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> •осложненное соматической или акушерской патологией течение беременности у матери, приводящее, с одной стороны, к хронической внутриутробной гипоксии плода и асфиксии (вызывают патологический ацидоз, повреждающий легкие), с другой - к угнетению иммунологической реактивности организма ребенка (более низкие величины активности фагоцитарной функции нейтрофилов, уровень иммуноглобулинов класса G и др.); •асфиксия с аспирационным синдромом; •длительный безводный промежуток, особенно у ребенка с внутриутробной гипоксией; •частые вагинальные исследования женщины в родах;

		<ul style="list-style-type: none"> •наличие инфекционных процессов у матери (в мочеполовой сфере - предрасполагает к инфицированию в родах, в дыхательных путях - к постнатальному инфицированию); •пневмопатии, пороки развития и наследственные заболевания легких; •внутричерепная и особенно спинальная травма (на уровне верхних шейных или грудных сегментов), энцефалопатия; •склонность к срыгиваниям и рвоте; •недоношенность и задержка внутриутробного развития плода из-за сочетанного действия 1—7-й групп факторов. К нозокомиальным пневмониям предрасполагают: <ul style="list-style-type: none"> •длительная госпитализация; •любые длительные и тяжелые заболевания; •скученность и переуплотнение палат и отсутствие их регулярного профилактического закрытия на санобработку; •дефицит сестринского персонала; •недостатки мытья рук персонала; •широкое профилактическое назначение антибиотиков; •множественные инвазивные процедуры; •дефекты санобработки вентиляторов, увлажнителей и обогревателей воздушно-кислородной смеси, аэрозольных установок; •интубация трахеи. Интубация — один из наиболее существенных факторов высокого риска развития пневмонии из-за возможности перемещения флоры полости рта, носа, носоглотки в трахею, бронхи, нарушений дренажной функции воздухоносных путей по удалению слизи и другого содержимого. Инфицированные вентиляторы, увлажнители - один из основных источников инфекции при вентилятор-ассоциированных пневмониях. Синегнойная палочка и клебсиеллы при этом наиболее частые возбудители, ибо они долго сохраняются именно в водной среде.
P2	-	Факторы риска оценены верно.
P1	-	Факторы риска оценены не полностью
P0	-	Факторы риска оценены полностью неверно.
В	3	На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
Э	-	На 26-й недели у плода происходит развитие альвеол — воздушных пузырьков в легких, выделяющих поверхностно-активное вещество, препятствующее слипанию легочной ткани. Это создает предпосылки для дыхания после рождения.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Дифференциальный диагноз пневмоний проводят с РДС, синдромом аспирации мекония, транзиторным тахипноэ, ателектазами, синдромами «утечки воздуха», пороками развития легких, внелегочными причинами расстройств дыхания (врожденные пороки сердца, метаболические нарушения и др.). При затяжном течении

		пневмонии, обилии мокроты, длительно держащихся обструктивных явлениях дифференциальный диагноз проводят с муковисцидозом, синдромом «неподвижных ресничек», хотя не следует забывать и о рецидивирующих срыгиваниях и рвоте с последующей аспирацией. При тяжелом пароксизмальном кашле, заканчивающемся рвотой, необходимо исключить коклюш.
P2	-	Верно
P1	-	Не полностью верно
P0	-	Ответ неверный
B	5	Назначьте лечение.
Э	-	<p>1. Охранительный режим.</p> <p>2. Оптимальным видом питания, является нативное грудное молоко.</p> <p>3. Кислородная поддержка: АИВЛ. Стартовые параметры: FiO₂ 0,3-0,4, Ti_{in} 0,3-0,35с, РЕЕР4-5см вод. ст., ЧДД 60 в мин, РІР 16-20см вод. ст., поток 5-10л/мин/кг.</p> <p>4. Антибактериальная терапия. Основным видом лечения пневмонии является максимально раннее назначение эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики следует назначать сразу, как только высказано предположение о диагнозе пневмонии. Учитывая своеобразие этиологии врожденной пневмонии, клинически манифестировавшей в первые 72 часа жизни ребенка (ранней врожденной пневмонии), препаратами выбора является ампициллин в сочетании с аминогликозидами: гентамицином, амикацинном, нетилмецинном. Ампициллин в/в или в/м 100-150мг/кг/сут в 2 введения+Амикацин в/в или в/м 15 мг/кг/сут в 1 введение или Гентамицин в/в или в/м 5-7мг/кг/сут в 1 введение или Нетилмецин в/в или в/м 5 мг/кг/сут в 1 введение Альтернативными ЛС, которые назначаются при отсутствии эффекта через 48 часов антибактериальной терапии, являются цефалоспорины III поколения (цефатоксим, цефтриаксон) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами.</p> <p>5. Иммунотерапия. Иммунозаместительная терапия используется главным образом в виде в/в ведения иммуноглобулина. Иммуноглобулин человеческий нормальный: в/в капельно 500-800мг/кг 1 раз в 1-2сут.</p> <p>6. Симптоматическая терапия определяется клинической картиной заболевания, но почти обязательным компонентом является назначение муколитиков, препаратом выбора является амброксол, который оказывает литическое действие на бронхиальный секрет, а также повышает синтез сурфактанта альвеоцитами 2ого порядка и замедляет его распад. Муколитики в зависимости от состояния ребенка вводятся внутрь или ингаляционно через небулайзер. Амброксол внутрь 7,5 мг 2 р /сут или ингаляционно 2 мл на одну ингаляцию 1-2р/сут, 7-10сут.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов и манипуляций.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов и лечебных мероприятий, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов и лечебных мероприятий, обоснование выбора данной группы верное.

Р0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов и манипуляций.
----	---	---

