

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени
В.Н.Городкова»

Кафедра акушерства и гинекологии, неонатологии,
анестезиологии и реаниматологии

«УТВЕРЖДАЮ»
Заместитель директора по научной работе
д.м.н., проф. С.Б. Назаров / С.Б. Назаров /
« 8 » 06 20 16 г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Государственной итоговой аттестации ординаторов
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Специальность
31.08.18 «Неонатология»

Перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
2	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы и ситуационные задачи по темам/разделам дисциплины
3	Оценочные листы	Средство контроля освоения практических навыков по изучаемой дисциплине с помощью балльной системы, позволяющее стандартизировать процедуру оценки умений обучающихся	Перечень практических навыков, оценочные листы

Тестовый контроль

№	Задание	Варианты ответов
Общественное здоровье и здравоохранение		
1	Под младенческой смертностью подразумевают:	<p>а) число детей, умерших в возрасте до 2 лет, из 1000 живорожденных</p> <p>б) число детей, умерших в возрасте до 2 лет, из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>в) число детей, умерших в возрасте до 1 года, из 1000 живорожденных</p> <p>г) число детей, умерших в возрасте до 1 года, из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>д) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 живорожденных</p> <p>е) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>
2	Инвалидность - это состояние организма, при котором человек не может:	<p>а) выполнять профессиональные функции</p> <p>б) обслуживать себя</p> <p>в) выполнять профессиональные функции и обслуживать себя</p>
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают:	<p>а) число детей, умерших в возрасте до 2 лет, из 1000 живорожденных</p> <p>б) число детей, умерших в возрасте до 2 лет, из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>в) число детей, умерших в возрасте до 7 дней жизни, из 1000 родившихся живыми</p> <p>г) число детей, умерших в возрасте до 7 дней жизни, из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>д) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 живорожденных</p> <p>е) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца, из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>
4	Что составляет предмет врачебной тайны:	<p>а) информация об индивидуальных данных пациента (возраст, адрес, семейное положение)</p> <p>б) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении</p> <p>в) информация о наличии полиса медицинского страхования</p>
5	Перинатальная смертность подразделяется на:	<p>а) антенатальную</p> <p>б) антенатальную и интранатальную</p> <p>в) антенатальную, интранатальную и неонатальную</p> <p>г) антенатальную, интранатальную, раннюю неонатальную</p> <p>д) антенатальную, интранатальную, постнеонатальную</p>
6	Учетно-отчетной документацией, имеющей статистическое значение при изучении госпитализированной заболеваемости, является	<p>а) медицинская карта стационарного больного</p> <p>б) статистическая карта выбывшего из стационара</p> <p>в) листок временной нетрудоспособности, выданный за период госпитализации</p>
7	Какую часть от расчетного количества коек послеродового отделения должны составлять койки для новорожденных детей в родильном доме?	<p>а) 85-90%</p> <p>б) 95-100%</p> <p>в) 105-107%</p> <p>г) 110%</p>
8	Для наглядного изображения	а) секторную

	интенсивных показателей используют диаграмму	б) линейную, столбиковую в) секторную и внутристолбиковую г) секторную, внутристолбиковую и радиальную д) секторную, внутристолбиковую, радиальную и фигурную
9	Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме	а) страховых медицинских организаций б) филиалов территориальных фондов ОМС в) органов управления здравоохранением
10	Первое место в структуре младенческой смертности чаще занимают болезни	а) заболевания ЦНС б) отдельные состояния перинатального периода в) инфекционные заболевания г) заболевания органов дыхания
Неонатология		
1	Абсолютным критерием для назначения трансфузии эритроцитной массы на втором этапе выхаживания новорожденных на 5-й день жизни является уровень гемоглобина	а) 70-80 г/л б) 90-100 г/л в) 100-110 г/л г) 120-130 г/л
2	Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:	а) 0,03 г/л б) 0,33 г/л в) 3,3 г/л
3	Активность каких ферментов повышается в сыворотке крови при гепатите?	а) аланинаминотрансферазы (АЛТ) б) альдолазы в) щелочной фосфатазы
4	Критериями физиологической желтухи новорожденного ребенка являются:	а) появление после 36 часов жизни, максимум на 3-4 сутки жизни, угасание после 10 суток жизни, максимальное значение общего билирубина, не более 205 мкмоль/л у доношенных детей, относительная доля прямого билирубина не более 10%, почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час б) появление после 24 часов жизни, максимум на 2-5 сутки жизни, угасание после 25 суток жизни, максимальное значения общего билирубина, не более 285 мкмоль/л у доношенных детей в) появление после 12 часов жизни, максимум на 2-3 сутки жизни, максимальное значение общего билирубина, не более 300 мкмоль/л у доношенных детей, относительная доля прямого билирубина не более 25%, почасовой прирост билирубина более 3,4 мкмоль/л/час
5	Показаниями к проведению ОЗПК у доношенного новорожденного с ГБН в первые сутки жизни являются:	а) гемоглобин 140 г/л - 160 г/л, уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови у доношенных детей 51-68 мкмоль/л в) гемоглобин 120 г/л - 140 г/л, уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови у доношенных детей выше 68 мкмоль/л, почасовой прирост более 6,8 мкмоль/л/час г) гемоглобин более 160 г/л, уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови у доношенных детей 51-68 мкмоль/л, почасовой прирост 5-6,8 мкмоль/л/час
6	Противопоказания к вакцинации	а) масса тела ребенка 2000 б) недоношенность

	новорожденного в родильном доме:	в) гемолитическая болезнь новорожденного
7	Первыми симптомами билирубиновой интоксикации у новорожденных детей являются:	а) резкое возбуждение б) появление симптомов угнетения в) повышение мышечного тонуса г) ригидность затылочных мышц
8	При тяжелой гипербилирубинемии, требующей заменного переливания крови:	а) необходимо снизить дозу жировых эмульсий б) инфузия жировых эмульсий должна быть отменена в) инфузию жировых эмульсий продолжить в той же дозе
9	Выберите тактику ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании	а) уменьшить дозу грудного молока и назначить антибактериальную терапию б) назначить ферментотерапию и сохранить грудное вскармливание в) перевести на искусственное вскармливание и назначить биопрепараты г) полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси
10	Показания для фототерапии у доношенного ребенка в первые 7 суток жизни:	а) уровень общего билирубина 190 мкмоль/л б) уровень общего билирубина 230 мкмоль/л в) уровень общего билирубина 235 мкмоль/л
11	Назначение жировых эмульсий противопоказано новорожденному:	а) с нарушениями газообмена б) с концентрацией свободного билирубина в сыворотке крови, превышающей 204 мкмоль/л в) с тромбоцитопенией г) в состоянии шока
12	Для контроля эффективности и безопасности дотации аминокислот в сыворотке крови определяют:	а) уровень мочевины б) уровень глюкозы в) содержание электролитов
13	Признаки, свидетельствующие о готовности ребенка к началу энтерального питания:	а) вздутие живота, контурирование петель кишечника; б) наличие перистальтики, компенсированная дыхательная недостаточность, стабильная гемодинамика; в) наличие в содержимом желудка редуцированной крови
14	Показанием к проведению инфузионной терапии у новорожденных является:	а) однократно зарегистрированная гипогликемия; б) транзиторные дыхательные нарушения, не требующие проведения ИВЛ в) любые критические состояния, сопровождающиеся нарушением процессов метаболизма и жизненно-важных функций организма и дисфункцией ЖКТ и нарушением толерантности к энтеральной нагрузке
15	Уровень глюкозы в крови новорожденного в крови новорожденного должен составлять:	а) не менее 1,5-2,0 ммоль/л б) не менее 2,0-2,5 ммоль/л в) не менее 2,6-2,8 ммоль/л
16	Факторы, влияющие на увеличение лактации:	а) масса тела матери б) форма и размер молочной железы в) увеличение потребления жидкости г) форма сосков д) частое опорожнение молочной железы

17	Последовательность действий при реанимации доношенного новорожденного, родившегося в состоянии тяжелой асфиксии (околоплодные воды чистые):	а) оценить по Апгар – начать вентиляцию мешком и маской – непрямой массаж сердца – адреналин б) вентиляция мешком и маской – адреналин – непрямой массаж сердца в) провести обсушивание, обеспечить проходимость дыхательных путей, провести тактильную стимуляцию – начать вентиляцию мешком и маской – интубация трахеи – непрямой массаж сердца – адреналин г) интубация трахеи – адреналин – непрямой массаж сердца
18	ребенок сразу после рождения не дышит. ваши действия:	а) немедленная интубация б) ввести налоксон в) провести рутинные мероприятия+начать вентиляцию мешком и маской
19	В родильном зале для реанимации новорожденных используются препараты:	а) рибоксин б) налоксон в) физраствор г) преднизолон
20	Необходимыми условиями для проведения ИВЛ в родильном зале у детей с ЭНМТ являются:	а) возможность интубации трахеи, использование 100% O ₂ , введение сурфактанта б) возможность бережного раздувания легких при помощи мешка и маски с контролем давления в дыхательных путях в) контроль давления в дыхательных путях, обязательное поддержание давления на выдохе 4-6 см H ₂ O, возможность плавной регулировки доставляемой концентрации O ₂ .
21	Вспомогательные лабораторные признаки пневмонии:	а) Изменения в лейкоцитарной формуле, увеличение с-реактивного белка, тромбоцитопения б) Лейкоцитоз в первые сутки жизни до 20 Г/л, увеличение с-реактивного белка, тромбоцитопения в) Изменения в лейкоцитарной формуле, гипербилирубинемия, тромбоцитопения
22	На какие заболевания исследуется кровь при проведении неонатального скрининга	а) муковисцидоз, адреногенитальный синдром, гипотиреоз, галактоземия, фенилкетонурия б) муковисцидоз, б. Крона, гипотиреоз, галактоземия, фенилкетонурия в) гипотиреоз, галактоземия, фенилкетонурия,
23	Акцент второго тона на легочной артерии является признаком	а) большого артериовенозного сброса крови б) веноартериального сброса крови в) высокой легочной гипертензии г) уравновешенного сброса крови д) не связан ни с одним из факторов
24	Рентгенологическими критериями бронхолегочной дисплазии являются	а) уплотнение легочной ткани, усиление бронхо-сосудистого рисунка б) повышение прозрачности легочной ткани, участки уплотнения, кисты в) интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения
25	Наиболее часто развитие ретинопатии недоношенных детей связано с:	а) массой тела б) видом вскармливания в) высоким напряжением кислорода г) антибактериальной терапией

26	Показанием к проведению лазерной коагуляции сетчатки при ретинопатии недоношенных является:	а) 3 стадия заболевания б) 3 А стадия заболевания в) 4 стадия заболевания
27	Критерии диагностики полицитемии у новорожденных в первые сутки жизни:	а) гемоглобин более 220 г/л, гематокрит более 0,65% б) венозный гемоглобин более 220 г/л, венозный гематокрит более 0,65% в) гемоглобин более 260 г/л, гематокрит – более 0,70%
28	Новорожденный с экстремально низкой массой тела - это ребенок	а) родившийся с массой тела менее 500 г б) родившийся с массой тела менее 1000 г в) родившийся с массой тела менее 750 г г) родившийся с массой тела менее 1250 г д) родившийся с массой тела менее 1500 г
29	Дифференциальная диагностика между различными видами гипербилирубинемий у недоношенных детей проводится на основании:	а) анамнестических данных б) клиники в) лабораторных исследований г) совокупности всех данных
30	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
31	Критериями физиологической желтухи новорожденного ребенка являются:	а) появление после 36 часов жизни, максимум на 3-4 сутки жизни, угасание после 10 суток жизни, максимальное значение общего билирубина, не более 205 мкмоль/л у доношенных детей, относительная доля прямого билирубина не более 10%, почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час б) появление после 24 часов жизни, максимум на 2-5 сутки жизни, угасание после 25 суток жизни, максимальное значения общего билирубина, не более 285 мкмоль/л у доношенных детей в) появление после 12 часов жизни, максимум на 2-3 сутки жизни, максимальное значение общего билирубина, не более 300 мкмоль/л у доношенных детей, относительная доля прямого билирубина не более 25%, почасовой прирост билирубина более 3,4 мкмоль/л/час
32	7.Показаниями к проведению ОЗПК у доношенного новорожденного с гбн в первые сутки жизни являются:	а) гемоглобин 140 г/л - 160 г/л, уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови у доношенных детей 51-68 мкмоль/л в) гемоглобин 120 г/л - 140 г/л, уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови у доношенных детей выше 68 мкмоль/л, почасовой прирост более 6,8 мкмоль/л/час г) гемоглобин более 160 г/л, уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови у доношенных детей 51-68 мкмоль/л, почасовой прирост 5-6,8 мкмоль/л/час
33	При высоком риске развития билирубиновой энцефалопатии новорожденным детям противопоказано назначение	а) диазепама б) кортикостероидов в) гепарина г) гликозидов

34	Противопоказания вакцинации новорожденного в родильном доме:	к в	а) масса тела ребенка 2000 б) недоношенность в) гемолитическая болезнь новорожденного
35	Назначение фортификаторов показано:		а) с первых суток жизни ребенка б) со вторых суток жизни в) не ранее 12 суток жизни
36	Парентеральное питание прекращают:		а) при достижении объема энтерального питания 100 мл/кг б) при достижении объема энтерального питания 120 мл/кг в) при достижении объема энтерального питания 150 мл/кг
37	Что из перечисленного не относится к родовой травме?	ниже не к родовой	а) разрыв мозжечкового намета б) эпидуральные кровоизлияния в) внутрижелудочковые кровоизлияния г) кефалогематома
38	Транзиторная гипогликемия, связанная с гиперинсулинизмом, характерна для детей		а) от матерей с сахарным диабетом б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта в) при сепсисе
39	Остеомиелиту граммотрицательной этиологии свойственно течение:		а) острое, с отчетливой клиникой и рентгенологическими признаками б) подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками в) молниеносное
40	Главным принципом реанимации новорожденных в родильном зале является:	в	а) стимуляция сердечной и дыхательной деятельности б) заместительный характер реанимационных мероприятий в) посиндромная терапия г) медикаментозная коррекция метаболических осложнений
41	Доношенному ребёнку на 2 минуте после рождения с сохраняющимся центральным цианозом на фоне нормального дыхания и ЧСС показано:		а) дать 100% кислород б) начать вентиляцию мешком и маской в) начать тактильную стимуляцию г) наблюдение
42	Для детей от матерей с сахарным диабетом наиболее характерными являются:		а) макросомия б) микросомия в) гипергликемия г) гипокальциемия д) низкая частота пороков развития
43	После восстановления свободной проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Сразу вслед за этим следует:		а) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску б) оценить цвет кожных покровов в) оценить частоту сердечных сокращений г) удалить содержимое желудка
44	Какая концентрация кислорода используется в начале ИВЛ через эндотрахеальную трубку доношенному ребёнку:		а) 21% б) 40% в) 100%

45	Препараты, используемые для стартовой антибактериальной терапии у новорожденных:	а) амоксилав+нетрамицин б) ампициллин + гентамицин в) цефазолин+нетрамицин
46	При какой клинико-морфологической форме сепсиса общие изменения преобладают над местными:	а) септицемия б) септикопиемия в) пупочный сепсис
47	Ведущим этиологическим фактором геморрагической болезни у новорожденных детей является:	а) транзиторная недостаточность витамин К-зависимых факторов свертывания крови б) поражение печени различного генеза в) тромбоцитопения г) наследственный дефицит отдельных факторов свертывания крови
48	Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь при возникновении гипертермии у недоношенных детей с массой тела менее 2000 г?	а) сепсис б) гнойный менингит в) кишечная инфекция г) пневмония
49	При тетраде Фалло тяжесть гемодинамических нарушений, преимущественно, обусловлено наличием:	а) декстропозиции аорты б) дефекта межжелудочковой перегородки в) сужения устья легочной артерии г) гипертрофии правого желудочка д) гипоплазии левого желудочка
50	Клинические признаки бронхолегочной дисплазии	а) терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и старше, дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром в возрасте 28 дней и старше, б) терапия кислородом более 30% в возрасте старше 28 дней, дыхательная недостаточность, бронхо - обструктивный синдром в возрасте старше 28 дней, в) терапия кислородом более 40%, дыхательная недостаточность, бронхо - обструктивный синдром
51	Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:	а) ларингит б) ринит в) бронхит г) бронхиолит
52	Для профилактики бронхолегочной дисплазии используют:	а) использование высоких концентраций кислорода б) назначение гормонов с первых дней жизни в) использование щадящих методов респираторной терапии
53	Критерии диагностики полицитемии у новорожденных в первые сутки жизни:	а) гемоглобин более 220 г/л, гематокрит более 0,65% б) венозный гемоглобин более 220 г/л, венозный гематокрит более 0,65% в) гемоглобин более 260 г/л, гематокрит – более 0,70%
54	Укажите основной вид ишемических повреждений головного мозга	а) субкортикальная лейкомаляция б) эпидуральные кровоизлияния в) перивентрикулярная лейкомаляция г) инфаркты мозжечка
55	При назначении какого антибактериального препарата может развиваться синдром	а) цефтазидим б) левомицетин в) азитромицин г) сизомицим

	"серого" коллапса?	д) ванкомицин
56	Основным физиологическим эффектом постоянного положительного давления в дыхательных путях (СРАР) является:	а) увеличение функциональной остаточной емкости легких (ФОЕ) б) восстановление спонтанной дыхательной активности у пациента в) обеспечение вентиляции и элиминация двуокси углерода
57	В группу пациентов для профилактического введения сурфактанта должны включаться:	а) все новорожденные с признаками прогрессирующей дыхательной недостаточности б) дети рожденные на сроке гестации менее 27 недель при отсутствии полного курса антенатальной стероидной терапии, в) недоношенные дети, родившихся на 27-31 недели гестации с респираторными расстройствами в) недоношенные дети, потребовавшие проведения ИВЛ и агрессивной терапии кислородом
58	Целевой уровень Sat O ₂ у детей с ОНМТ и ЭНМТ :	а) 89-93% б) 95-100% в) 93-97%
59	Для лечения апноэ недоношенных можно использовать:	а) гидрокортизон б) кофеин в) этимизол г) эуфиллин д) ППД 2-4 см вод. ст. через носовые канюли е) аппаратную ИВЛ
60	Сроки первого назначения препарата ИБУПРОФЕНА (Педея) при ГЗФАП:	а) первые 3 часа жизни б) после постановки диагноза, не ранее 6 часов жизни в) после 7 дня жизни
61	Введение натрия гидрокарбоната новорожденному ребенку показано:	а) при респираторном ацидозе б) перед проведением вспомогательной ручной вентиляции в) при сохраняющемся метаболическом ацидозе после восстановления спонтанного дыхания
62	Для оптимизации микроциркуляции и улучшения почечного кровотока дофамин применяется в дозе:	а) 15 мкг/кг/мин б) 7,5-10 мкг/кг/мин в) 1,5-5 мкг/кг/мин
63	Противопоказанием для начала инфузии аминокислот является:	а) масса тела при рождении менее 750 г б) декомпенсированный метаболический ацидоз с рН менее 7,1 в) стойкая толерантность к энтеральному питанию у доношенного ребенка в начале 3 суток жизни
64	Контроль безопасности и эффективности дотации жиров проводится	а) определение уровня глюкозы б) определение уровня триглицеридов в) определение уровня билирубина
65	Абсолютными показаниями к неотложному проведению люмбальной пункции в	а) подозрение на внутричерепное кровоизлияние б) подозрение на внутриутробную инфекцию в) гипертензивно-гидроцефальный синдром

	родильном доме являются:	г) повторные судорожные приступы
66	К проявлениям инфекционного токсикоза у недоношенных детей относится:	а) слабое сосание б) гипотония и гиподинамия в) бледность кожных покровов г) приступы апноэ
67	Для синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (фаза гипокоагуляции) характерно:	а) укорочение протромбинового времени б) удлинение частичного тромбопластинового времени в) повышение уровня фибриногена г) повышение количества тромбоцитов
68	Основными агрессивными параметрами ИВЛ, которые надо снижать в первую очередь, являются:	а) PIP и FiO ₂ б) частота дыхания и PIP в) частота дыхания и РЕЕР
69	Клинические последствия при ГЗФАП у новорожденных связаны с:	а) Повышенным кровенаполнением легких и гипоперфузией органов б) Сниженным кровенаполнением легких и усиленным кровоснабжением органов в) инфекционными осложнениями
70	Максимальные показатели SpO ₂ у детей с ЭНМТ, получающих дополнительный кислород:	а) не более 95% б) 90% в) 100%
71	Абсолютным противопоказанием для проведения заместительной терапии препаратом экзогенного сурфактанта является:	а) активное легочное кровотечение б) признаки недостаточного объема легких (втяжение уступчивых мест грудной клетки, экспираторный стон, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, возрастающая потребность в СРАР) в) клиничко-лабораторные признаки артериальной гипоксемии
72	Ведущим дифференциально-диагностическим признаком сепсиса является:	а) множественные очаги инфекции б) тяжелое поражение ЦНС в) воспалительные изменения в анализе крови г) нарушения иммунитета, гомеостаза и гемостаза
73	Для клинической картины шока характерно:	а) симптом «белого пятна», судороги б) симптом «белого пятна», снижение темпа диуреза в) стойкая артериальная гипертензия
Акушерство и гинекология		
1	Клинические признаки хориоамнионита:	а) Лихорадка у матери, стойкая тахикардия у плода, выделения с гнилостным запахом из влагалища, нарастание лейкоцитоза (более 15x10 ⁹ /л) в динамике, палочкоядерный сдвиг лейкоцитограммы, повышение уровня С реактивного белка более 5 мг/л. б) Стойкая тахикардия у матери, стойкая тахикардия у плода, нарушение самочувствия матери, лихорадка в) Преждевременное излитие околоплодных вод, изменения в анализах крови (лейкоцитоз, нейтрофилез и т.д.).
2	Окрашивание околоплодных вод	а) о пороках развития плода б) о гемолитической болезни плода

	меконием при головном предлежании свидетельствует:	в) о гипоксии плода г) о хориоамнионите д) о внутриутробной инфекции плода
3	Процесс родов делится на периоды:	а) раскрытия, изгнания, последовый, послеродовый б) раскрытия, изгнания, последовый в) сглаживания шейки, раскрытия, изгнания г) подготовительный, раскрытия, изгнания, ранний послеродовый
4	При каком клинимо-морфологическом варианте плацентарной недостаточности (ПН) развивается СЗРП?	а) острая плацентарная недостаточность. б) хроническая субкомпенсированная недостаточность плаценты в) хроническая компенсированная ПН. г) хроническая декомпенсированная ПН
5	Преждевременные роды, согласно определению ВОЗ – это:	а) роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 37 нед, начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г б) роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 37 нед, начиная с первого дня последней менструации в) роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 37 нед начиная с первого дня последней нормальной менструации
6	Для каких целей используется токолиз при преждевременном излитии околоплодных вод?	а) Для проведения курса кортикостероидов б) для перевода в перинатальный центр в) для перевода в перинатальный центр и проведения курса кортикостероидов не более, чем на 48 часов
7	Плод считается крупным при массе тела более:	а) 3000г б) 3500г в) 3800г г) 4000г д) 4500г
8	Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении в течение:	а) 30 минут б) 60 минут в) 2 часа г) 4 часа
9	Признаком развившейся родовой деятельности является	а) излитие вод б) нарастающие боли в животе в) увеличивающаяся частота схваток г) укорочение и раскрытие шейки матки д) боли в надлобковой и поясничной области
10	К причинам преждевременных родов относится	а) резус-конфликт б) преэклампсия в) многоплодная беременность г) гестационный пиелонефрит д) все вышеперечисленное
Патология		
1	Какой термин соответствует понятию «врожденный порок сердца»?:	а) кардиомиопатия б) эмбриопатия в) бластопатия г) фетопатия д) гистопатология
2	Назовите характерный патологоанатомический признак асфиксии плода и новорожденного	а) гепатомегалия б) миелоидная метаплазия селезенки.. в) воспалительная инфильтрация в интерстициальной ткани

3	Назовите характерный признак экссудативного воспаления	а. протекает чаще хронически б. преобладает лимфоцитарно-макрофагальный вариант клеточной реакции в. часто заканчивается склерозом. г. часто сопровождается скоплением жидкости в полостях
5	Укажите признак, характерный для продуктивного воспаления	а. протекает обычно остро в. преобладает лимфоцитарно-макрофагальный вариант г. часто заканчивается восстановлением исходной структуры д. часто сопровождается скоплением жидкости в полостях
6	Укажите сроки формирования ранних фетопатий	а. 1-й - 280-й день б. с 16-го по 75-й день в. с 76-го по 175-й день г. с 15 -го по 280 -й день
7	Назовите основные виды эмбриопатий	а. дисплазии б. дисхронии в. врожденные пороки развития органов г. гаметопатии
7	Укажите гестационные сроки раннего фетогенеза.	а. 1-й - 280-й день б. с 16-го по 75-й день в. с 76-го по 280 -й день г. с 76 -го по 175-й день
8	Назовите основной морфологический признак фиброэластоза эндокарда	а. интерстициальный миокардит б. кровоизлияния в интерстициальную ткань миокарда. в. субэпикардальные кровоизлияния. г. эндокардиальный и субэндокардиальный фиброэластоз
9	Укажите основные причины диабетической фетопатии.	а. преэклампсия б. гепатоз беременных. в. диабет, предиабет матери г. ожирение
10	Укажите основной компонент гиалиновых мембран легких.	а. нейтральные гликозаминогликаны б. некротизированные альвеолоциты в. фибрин г. нейтрофильные лейкоциты
Педиатрия		
1	На искусственное вскармливание ребенка первого года жизни переводят, если	а) грудное молоко отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема питания б) грудное молоко составляет менее 1/3 суточного объема питания в) грудное молоко составляет более 1/3 суточного объема питания г) грудное молоко составляет более 1/5 суточного объема питания
2	Профилактическая доза витамина Д в сутки составляет:	а) 100 МЕ б) 200 МЕ в) 600 МЕ г) 500 МЕ д) 1000 МЕ
3	В качестве первого прикорма в рацион здорового ребенка вводят	а) овощное пюре или кашу б) кефир в) мясной фарш г) мясной бульон д) творог
4	у детей раннего возраста наиболее часто встречается:	а) аллергия на химические и биологические веществ б) пищевая аллергия в) лекарственная аллергия г) бытовая аллергия

5	Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:	а) нормохромной б) гипохромной в) гиперхромной г) полихромной
6	Средние сроки появления улыбки у ребенка:	а) 2 недели б) 4-5 недель в) 2 месяца г) 3 месяца
7	Не нуждаются в дотации витамином Д дети:	а) находящиеся на грудном вскармливании б) дети с задержкой физического развития в) дети без задержки физического развития г) находящиеся на искусственном вскармливании адаптированными смесями д) дети без задержки нервно-психического развития
8	При купании ребенка первого года жизни рекомендуемая температура воды:	А) 36,5-37,0 Б) 37,0-38,0 В) 24,0-26,0 Г) 28,0-30,0
9	Основным принципом лечения железодефицитных анемий является:	а) витаминотерапия б) использование в диетотерапии продуктов, богатых белками в) назначение препаратов железа
10	У детей первого года жизни с атопическим дерматитом наиболее частым сенсibiliзирующим фактором являются аллергены:	а) злаков б) коровьего молока в) шерсти животных г) домашней пыли
11	Наиболее частая форма детского церебрального паралича у детей раннего возраста:	а) спастическая диплегия б) двойная диплегия в) гиперкинетическая форма г) атонически-астеническая форма д) гимипаретическая форма
МЧС		
1	К санитарным потерям относятся пораженные, потерявшие трудоспособность на срок:	а) 24 часа б) 48 часов в) 12 часов г) 6 часов д) 10 часов
2	Производственный фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях приводит к травме или другому резкому ухудшению здоровья называется:	а) вредным б) негативным в) опасным г) отрицательным д) чрезвычайным
3	При однократной дозе ионизирующего излучения равной 4-6 Гр развивается:	а) ОЛБ легкой степени б) ОЛБ тяжелой степени в) ОЛБ крайне тяжелой степени г) ОЛБ средней степени д) Пороговая доза, не вызывающая развитие ОЛБ
4	Основной причиной смерти пострадавших в ДТП (70%) является:	а) получение травм, несовместимых с жизнью б) неправильные действия медицинских работников, прибывших на место аварии

		<p>в) задержка в оказании скорой помощи</p> <p>г) неправильные действия или бездействие очевидцев аварии</p> <p>д) ошибки при организации эвакуации пострадавшего</p>
5	Что не является дорожно-транспортным происшествием?	<p>а) Упавший с автомобиля на пешехода велосипед</p> <p>б) Наезд автомобиля на стоящего пешехода</p> <p>в) Падение пешехода на стоящий автомобиль</p> <p>г) Столкновение двух автомобилей</p> <p>д) Столкновение двух велосипедов</p>
6	Стремление к такой безопасности, которую приемлет общество в данный период времени называется:	<p>а) Концепция обязательного риска</p> <p>б) Концепция абсолютного риска</p> <p>в) Концепция абсолютной безопасности</p> <p>г) Концепция относительной безопасности</p> <p>д) Концепция приемлемого риска</p>
7	Атропина сульфат применяется при поражении	<p>а) Фосгеном и дифосгеном</p> <p>б) Цианидами</p> <p>в) Хлором</p> <p>г) Угарным газом</p> <p>д) Фосфорорганическими АОХВ</p>
8	К гидродинамическим опасным объектам относятся	<p>а) Пляжи</p> <p>б) Порты</p> <p>в) Оросительные каналы</p> <p>г) Плотины</p> <p>д) Водозаборные сооружения</p>
9	Для проведения радиационной разведки используется прибор	<p>а) ПХР-МВ</p> <p>б) ДП-5</p> <p>в) УГ-2</p> <p>г) ВПХР</p> <p>д) ИД-1</p>
10	Селитебный вид техносферы это:	<p>а) Производственная техносфера</p> <p>б) Транспортная техносфера</p> <p>в) Бытовая техносфера</p> <p>г) Жилая техносфера</p> <p>д) Городская техносфера</p>
Педагогика		
1	Предметом медицинской педагогики является :	<p>а) педагогический процесс</p> <p>б) педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса</p> <p>в) инновационные технологии в медицине</p> <p>г) комплекс явлений, раскрывающий лечебный процесс</p> <p>д) педагогическая ситуация</p>
2	Профессиональная компетентность – это:	<p>а) интегральная характеристика личности</p> <p>б) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии</p> <p>в) мастер своего дела</p> <p>г) профессиональное умение</p> <p>д) способность постоянно развиваться</p>
3	Самообразование , это:	<p>а) самостоятельное овладение человеком знаниями, умениями и навыками, совершенствование уровня самого образования</p> <p>б) образование через всю жизнь</p> <p>в) систематическое обучение</p> <p>г) воспитательно - образовательная деятельность</p> <p>д) личностная значимость человека.</p>
4	Словесные методы обучения:	<p>а) беседа</p> <p>б) демонстрация картин, иллюстраций</p> <p>в) продуктивная деятельность</p> <p>г) упражнения</p> <p>д) компьютерные средства</p>

5	Объектом медицинской педагогики является: :	а) область действительности, которую исследует наука б) особые явления действительности в) медицинское образование г) лечебный процесс д) процесс реабилитации
6	Компетентность, это: :	а) способность применять знания для решения профессиональных задач б) совокупность знаний, умений и навыков в) способность активно действовать д) активность личности
7	Целостный педагогический процесс - это	а) единство воспитания и обучения б) взаимодействие школы, семьи и общественности в) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся г) обучение и воспитание д) совместная система всех институтов воспитания
8	Дидактика – это	а) наука об обучении и образовании, их целях, содержании, методах, средствах, организации, достигаемых результатах. б) искусство, «детоводческое мастерство». в) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения. г) система приобретенных в процессе обучения ЗУН и способов мышления. д) научная отрасль педагогики
9	Обучение – это:	а) целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования учебно- познавательной деятельности б) наука о получении образования, в) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели. г) категория философии, психологии и педагогики д) двухсторонний процесс обучения
10	Педагогические инновации – это	а) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности б) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений в) внедрение научно- исследовательских проектов г) активизация мотивации к обучению д) совокупность интерактивных методов обучения

Критерии оценки

Отлично – доля правильных ответов составляет 91-100%.

Хорошо – доля правильных ответов составляет 81-90%.

Удовлетворительно – доля правильных ответов составляет 71-80%.

Неудовлетворительно – доля правильных ответов составляет 70% и менее.

Контрольные вопросы по неонатологии
Контролируемые компетенции УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10

Перечень вопросов для собеседования

1. Организация неонатологической службы в Российской Федерации. Современное состояние и пути развития.
2. Понятия: доношенность, недоношенность, крупная масса тела, экстремально низкая масса тела, младенческая смертность, перинатальная смертность.
3. Особенности фармакокинетики лекарственных препаратов у новорожденных детей.
4. Особенности осмотра новорожденного, особенности оценки состояния новорожденного.
5. Особенности развивающего ухода и оценки поведенческих реакций при выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела. Особенности ухода за недоношенным ребенком.
6. Грудное вскармливание (10 принципов успешного вскармливания ВОЗ, противопоказания, методы стимуляции лактации). Понятие о «больнице, доброжелательной к ребенку»
7. Пограничные (переходные) состояния у новорожденных. Тактика ведения в родильном доме и на амбулаторном участке.
8. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта, печени и гепатобилиарной системы у новорождённых.
9. Транзиторные изменения кожных покровов. Транзиторная гипербилирубинемия. Клиника, тактика ведения.
10. Синдром задержки развития плода, определение, факторы риска, патогенез, клиническая характеристика, диагностика, профилактика и лечение.
11. Первичная и реанимационная помощь новорожденным в родовом зале.
12. Асфиксия новорожденного. Особенности, диагностика. Оказание первичной реанимационной помощи при асфиксии в родильном доме.
13. Основные принципы реанимации новорожденных. Схема реанимации новорожденных в родильном зале.
14. Синдром мекониальной аспирации, аспирационная пневмония, тактика ведения. Особенности оказания первичной реанимационной помощи.
15. Выхаживание недоношенных детей. Методы вскармливания. Интенсивная терапия. Охранительный режим и развивающий уход.
16. Гипоксические поражения ЦНС (церебральная ишемия, внутричерепные кровоизлияния). Этиология, клиника, диагностика, современные подходы к лечению.
17. Травматические повреждения ЦНС. Причины, клиника, диагностика, лечение.
18. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи у новорожденных, особенности у недоношенных детей.
19. Конъюгационная желтуха у новорожденного, патогенез, клиника, особенности ведения. Показания к терапии.
20. Дифференциальный диагноз желтух неонатального периода.
21. Гемолитическая болезнь новорожденного. Этиология, клиника, диагностика, лечение (показания к проведению фототерапии и операции заменного переливания крови).
22. Геморрагическая болезнь новорожденного. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
23. Питание новорожденных детей: энтеральное и парентеральное питание.
24. Особенности нутритивного статуса и парентерального питания детей с экстремально низкой массой тела.
25. Неонатальный сепсис, определение, эпидемиология, классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, критерии постановки диагноза, лечение.
26. Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
27. Инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания у новорожденных детей. Врожденная и неонатальная пневмония. Этиология, клиника, диагностика, современные подходы к терапии.
28. Некротизирующий энтероколит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.
29. Кандидоз у новорожденных детей. Этиология, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.
30. TORCH синдром плода и новорожденного. Особенности клиники, диагностики, лечения.

31. Респираторный дистресс-синдром новорожденных. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Нарушения ритма сердца в неонатальном периоде. Диагностика, лечение.
33. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика. Ведение новорожденных с критическими ВПС.
34. Персистирующая легочная гипертензия у новорожденных. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
35. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток, клиника, диагностика. Особенности ведения новорожденных с ГЗФАП, медикаментозное и хирургическое лечение.
36. Анемии у недоношенных детей, современные подходы к профилактике и лечению.
37. Инфекционные заболевания пупочной ранки, пуповинного остатка и пупочных сосудов.
38. Хламидийная инфекция у новорожденных, этиология, эпидемиология, клинические проявления, лабораторная диагностика, лечение и профилактика.
39. Инфекционные заболевания пупочной ранки, пуповинного остатка и пупочных сосудов.
40. Инфекционно-воспалительные заболевания мочевой системы у новорожденных детей.
41. Цитомегаловирусная инфекция у новорожденных, этиология, эпидемиология, клинические проявления, лабораторная диагностика, лечение и профилактика.
42. ДВС-синдром, патогенез, ранняя диагностика, клинические проявления, тактика ведения.
43. Синдром полицитемии. Клинические проявления, патогенез, лабораторная диагностика, тактика лечения.
44. Внутриутробная диагностика пороков развития плода и хромосомной патологии. Диагностика пороков развития ЦНС у плода.
45. ВИЧ инфекция у новорожденного. Профилактика вертикальной передачи. Ведение новорожденных от матерей с ВИЧ –инфекцией.
46. Кандидоз новорождённых. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение.
47. Непроходимость желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления, Тактика врача родильного дома при выявлении непроходимости ЖКТ у новорожденного.
48. Гипогликемический синдром. Этиология, диагностика, тактика ведения новорожденных с гипогликемией.
49. Неинфекционные поражения легких. РДСН, тактика ведения новорожденных.
50. Принципы организации скрининга в неонатальной офтальмологии. Ретинопатия недоношенных. Профилактика формирования ретинопатии недоношенных.
51. Аудиологический скрининг новорожденных. Показания, противопоказания, методика оценки.
52. Вакцинация новорожденных в родильном доме, показания, противопоказания. Неонатальный скрининг в родильном доме.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Ребенок И. родился от молодых родителей. Наследственность неотягощена, социальные условия удовлетворительные, родители курят. Беременность 2, желанная. Женщина состояла на учете в женской консультации с 5 недель гестации, посещала регулярно. Первый триместр беременности протекал без осложнений, УЗС в 10 недель – без особенностей. Во втором триместре состояние удовлетворительное: АД – 120/70 мм рт.ст., ан крови и мочи в норме. Уровень альфафетопротеина в крови в 19 недель гестации не повышен. УЗС плода в 22 недели – признаки задержки роста плода, пороков развития органов не выявлено. В третьем триместре – инфекционных заболеваний не было, проявления умеренной преэклампсии, лечение в стационаре. УЗС в 35 недель – признаки ФПН, многоводие, ЗРП.

Роды в срок 40 недель, самопроизвольные. Продолжительность родов -16 часов. 1-ый период -14 часов, 2-ой период -2 часа, потуги 30 минут. Безводный период 3 часа, воды светлые, количество – около 1200 мл. Послед родился через 10 минут, плацента макроскопически: утолщена с очагами кровоизлияний, крупных кальцификатов.

Родился мальчик с массой тела 2600г, длиной – 49см, окружность головы – 38см, окружность груди – 32см. Оценка по шкале Апгар – 4/6 баллов, степень зрелости соответствует сроку гестации. Оценка по шкале Даунса – 4 балла. Проведены первичные реанимационные мероприятия: обсушивание, стимуляция рефлексогенных зон. При осмотре в отделении вялый, поза слабой флексии на фоне мышечной гипотонии, гипорефлексия. Голова округлой формы, родовая опухоль средних размеров. Б/р 3,5х3,5 см, сагитальный шов 0,5см, малый родничок 1,5 см напряжения и выбухания нет. У ребенка отмечаются лицевые дисморфии (микрогнатия, низко расположенные ушные раковины, узкие, маленькие глазные щели, высокое нёбо, широкая переносица). Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Слизистые розовые. Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное, 68 в минуту. Над легкими: легочный звук, дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке и вдоль левого края грудины. ЧСС 150 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень на 2,5 см ниже реберной дуги, плотноватой консистенции, край заострен. Селезенка пальпируется краем. Стул – меконий. Мочится малыми порциями, моча светлая. Половые органы по мужскому типу, яички в мошонке.

Анализ крови 1 сутки: Нв - 156г/л, Эр - 4.0 Т/л, Нт – 40%, рет. - 2%, Л - 20,1 Г/л, Э - 0%, П - 4%, С - 56%, Л - 26%, М - 14%.

Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд. вес – 1007, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эритроциты - 0, клетки плоского эпителия – ед. в п/зр.

НСГ- в перивентрикулярной области – признаки церебральной ишемии II степени, эхоплотные образования в таламической области, III желудочек -10,2 мм. Сосудистые сплетения эхонеоднородны.

Осмотр окулиста: признаки хориоретинита.

Эхо-КГ: сократительная функция миокарда сохранена, полости сердца не увеличены, в левом желудочке дополнительная трабекула.

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Выделите основные клинические синдромы.
5. Оцените результаты функциональных методов исследования.
6. Ваш предположительный диагноз.
7. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Тактика наблюдения и ведения больного.

Задача 2.

Ребенок З. родился от молодых родителей. Наследственность неотягощена, социальные условия удовлетворительные, родители курят. Беременность 2, желанная. Женщина в женской консультации наблюдалась с 15 недель гестации, посещала нерегулярно. Первый триместр беременности протекал без осложнений. Во втором триместре состояние удовлетворительное, АД – 110/55 мм рт.ст., легкая анемия (Нв-105г/л). Лечилась препаратами железа. Ан. мочи в норме. Уровень альфафетопротеина в крови в 17 недель гестации - норма. УЗС плода в 22 недели –

физическое развитие соответствовало сроку гестации, биофизический профиль плода 10 баллов, пороков развития не выявлено. В третьем триместре – перенесла легкое ОРЗ, лечилась домашними средствами. Признаков преэклампсии не отмечалось. УЗС в 35 недель – признаки ФПН.

Роды в срок 40 недель, самопроизвольные. Продолжительность родов -16 часов, 1 период-14 часов, второй–2 часа, потуги 30 минут. Безводный период 3 часа, воды светлые, количество – около 600 мл. Послед родился через 10 минут, плацента макроскопически не изменена.

Родился мальчик с массой тела 3000г, длиной – 52см, окружность головы – 36см, окружность груди – 34см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Состояние расценивалось как среднетяжелое по неврологической симптоматике, синдром угнетения. Ребенок приложен к груди в первые сутки, сосал вяло, докармливался из бутылочки. Срыгивал небольшим количеством неизмененного молока.

На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и темный стул. При осмотре состояние средней тяжести. Ребенок вялый, гиподинамия на фоне диффузной мышечной гипотонии. Рефлексы новорожденного ослаблены, быстро истощаются. Непостоянный тремор подбородка и рук. Б/р 2X2 см, не напряжен, не выбухает. Кожные покровы бледно-розовые с иктеричным оттенком. Слизистые чистые, влажные розовые. Дыхание ровное, над легкими пузрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, селезенка не пальпируется. Моча светлая, мочится достаточно. Отеков нет. Стул замазкообразный, очень темного цвета. Анализ крови 3 сутки жизни: Нв -180г/л, Эр.- 5,2 Т/л, тромб.- 310 000, нормобласты 2 на 100 клеток, Л - 6,9 Г/л, П - 3%, С - 51%, Л - 38%, М - 8%. СОЭ – 2 мм/час. Нт - 36%

Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд. вес – 1007, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр, клетки плоского эпителия – единичные в п/зр.

Копрограмма: цвет – темно-зеленый, кровь - (+++), слизь – (++), лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, йодофильная флора – (++)

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Выделите основные клинические синдромы.
5. Оцените результаты функциональных методов исследования.
6. Ваш предположительный диагноз.
7. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Тактика наблюдения и ведения больного.

Задача 3.

Ребенок А., родился от женщины 28 лет. Брак не зарегистрирован. Беременность 1-я, протекала на фоне нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу и анемии (Нв 98г/л). Получала препараты железа. УЗС плода в 22 недели – физическое развитие соответствовало сроку гестации, биофизический профиль плода в норме, пороков развития не выявлено. УЗС в 35 недель – признаки ФПН, многоводие, ЗРП.

Роды в срок 43 недели, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, родостимуляция. Продолжительность родов -10 часов, 1 период - 8 часов, второй–2 часа, потуги 30 минут. Безводный период 9 часов 30 минут, воды с примесью мекония, количество – около 1600 мл. Двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Плацента с множественными петрификатами.

Родился мальчик без крика, со сниженным мышечным тонусом, масса тела 2700г, длиной – 52см, окружность головы – 35см, окружность груди – 32см. Оценка по шкале Апгар – 3/4/6/6 баллов. Проведена первичная реанимация в родильном зале в течение 20 минут. Состояние оставалось тяжелым: стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Перкуторно над легкими: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева-звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа – дыхание ослаблено, выслушиваются средне - и мелкопузырчатые хрипы, слева - везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 168 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Селезенка не пальпируется. Меконий не отходил, не мочился.

Анализ крови 1 сутки: Нв - 229г/л, Эр. – 6,8 Т/л, Нт – 69%, Л - 15,1 Г/л, Э - 0%, П - 9%, С - 56%, Л - 31%, М - 4%, СОЭ – 2 мм/час.

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Выделите основные клинические синдромы.
5. Оцените результаты функциональных методов исследования.
6. Ваш предположительный диагноз.
7. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Тактика наблюдения и ведения больного. Тактика оказания первичных реанимационных мероприятий при данной патологии.

Задача 4.

Ребенок К. родился от II беременности, I родов (I беременность - мед.аборт, без осложнений). У матери группа крови A(II)Rh (-). В женской консультации наблюдалась нерегулярно, о наличии и динамике антител к Rh – фактору данных нет. Беременность протекала с гипертензией без значительной протеинурией. Не лечилась. Роды в срок 39 недель, продолжительность 16 часов, безводный период 6 часов, потуги 25 мин. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Масса тела 2880г, длина 50 см, окр. головы 35см, окр. груди 34см.

Через 6 часов после рождения появилась иктеричность лица и верхней половины туловища. Ребенок вяловат, тонус мышц равномерно снижен, рефлексы врожденного автоматизма с рук - живые, с ног – торпидны, быстро истощаются. Большой родничок закрыт, кости черепа находят друг на друга. Патологических глазных симптомов нет. Кожные покровы чистые, иктеричность на розовом фоне. Слизистые розовые. Дыхание ровное, ЧД – 48 в мин. Над легкими – легочный звук, пузрыльное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 140 в мин. Живот мягкий. Печень пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Не мочился. Меконий не отходил.

Анализ пуповинной крови: билирубин общий – 58 мкмоль/л, прямой - 0.

Общий анализ крови: Нв – 150г/л, Эр – 4,5 Т/л, Нт - 46%, Л - 15,0 Г/л, Э - 2%, П - 3%, С - 64%, Л - 30%, М - 1%.

Через 6 часов после рождения анализ крови: Нв-149г/л, Эр. - 4,0 Т/л, Нт - 40%, Л - 20,0 Г/л, Э - 2%, П - 5%, С - 67%, Л - 23%, М - 3%, рет.- 8 %, нормобласты - 10/100 клеток, полихромазия

Биохим. анализ крови через 6час: билирубин общий – 180 мкмоль/л, прямой – 9,0.

Прямая проба Кумбса – положительная.

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Выделите основные клинические синдромы.
5. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
6. Ваш предположительный диагноз.
7. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Принципы лечения. Прогноз заболевания.

Задача 5.

Ребенок П. родился от 2-й беременности (1- мед. аборт). Отец курит. На учете в женской консультации женщина состояла с 5 нед. гестации, посещала нерегулярно. Первый триместр протекал без осложнений, УЗС в 10 недель – без особенностей. Во втором - состояние удовлетворительное, АД – 100/60 мм рт.ст., угроза прерывания беременности в 20 недель. Лечение в стационаре. Ан. крови и мочи в норме. Уровень α -фетопротеина в крови в 17 нед. гестации не определяли. УЗС плода в 22 нед.– физическое развитие ниже соответствующего сроку гестации (ЗРП), пороков развития не выявлено. В третьем триместре – перенесла ОРЗ в легкой форме, преэклампсия средней степени тяжести, лечение в стационаре. УЗС в 35 нед. – признаки ФПН, ЗРП.

Роды в срок 36 нед., самопроизвольные. Продолжительность родов – 6 ч, 1 период - 5ч, 2 период – 1ч, потуги 10 мин. Безводный период 3 ч, воды светлые, количество – около 1200 мл. Послед родился через 10 мин, плацента макроскопически: утолщена с очагами кровоизлияний, крупных кальцификатов.

Родился мальчик с массой 2000г, длиной – 43см, окружность головы – 32см, груди – 28см. Оценка по Апгар – 6/7 баллов. Оценка по шкале Даунса – 4 балла. Проведены первичный реанимационные мероприятия. Состояние тяжелое, вялый, поза слабой флексии на фоне мышечной гипотонии, гипорефлексия. Голова округлой формы, родовая опухоль средних размеров. Б/р 0,5х0,5 см, сагитальный шов закрыт, кости черепа находят друг на друга, напряжения и выбухания нет. Отмечается множество стигм дизэмбриогенеза (микрогнатия, низко расположенные ушные раковины, широко расставленные глаза, высокое небо, широкая переносица, сандалевидная щель на ногах). Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, акроцианоз, желтушный оттенок. В области груди, бедер элементы мелкоочечной геморрагической сыпи. Слизистые розовые. Пупочное кольцо без признаков воспаления, сосуды не пальпируются. Подкожно-жировой слой истощен, распределен равномерно. Отечность мягких тканей передней брюшной стенки, нижних конечностей. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, 68 в мин. Над легкими легочный звук с участками укорочения. Дыхание ослаблено, единичные влажные мелко-пузырчатые хрипы в задне-нижних отделах. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке и вдоль левого края грудины. ЧСС 160 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень на 2,5 см ниже реберной дуги, плотноватой консистенции, край заострен. Селезенка пальпируется краем. Стул – меконий. Мочится малыми порциями, моча светлая. Половые органы по мужскому типу, яички в мошонке.

Анализ крови 1 сутки: Нв - 156г/л, Эр. – 4,0 Т/л, Нт – 40%, рет. - 2%, Л - 20,1 Г/л, Э - 0%, П - 4%, С - 26%, Л - 56%, М -14%, тромбоциты – 136 тыс.

Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд.вес – 1007, лейкоциты - 0-3 в п/зр., эритроциты – 3 п/зр., клетки плоского эпителия – ед. в п/зр., выявлены клетки эпителия типа «совиный глаз». НСГ - незрелость мозговых структур, перивентрикулярная ишемия II степени, анэхогенные образования в перивентрикулярной области. Сосудистые сплетения эхогеннооднородны, с неровными контурами.

Эхо-КГ: сократительная функция миокарда сохранена, полости сердца не увеличены, в левом желудочке дополнительная трабекула.

1. Оцените течение пренатального периода, течение родов.
2. Оцените физическое развитие новорожденного.
3. Выделите основные клинические синдромы.
4. Оцените результаты функциональных методов исследования.
5. Ваш предположительный диагноз.
6. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
7. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
8. Тактика наблюдения и ведения больного.

Задача 6.

Ребенок К. родился от 3-ей беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 10-12 и 20–22 недели гестации. Мать ребенка страдает ожирением второй степени, нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу. Роды в срок 32 недели, самопроизвольные. Продолжительность родов -5 часов, 1 период-4 часа, второй-1 час, потуги 10 минут. Безводный период 13 часов, воды светлые, количество – около 600 мл. Послед родился через 10 минут, плацента макроскопически не изменена.

Родился мальчик с массой тела 1500г, длиной – 40см, окружность головы – 32см, окружность груди – 29см. Оценка по шкале Апгар – 4/6 баллов, степень зрелости соответствует сроку гестации. Оценка по шкале Даунса – 7 баллов.

Состояние после рождения тяжелое: вялый, адинамия, гипорефлексия на фоне мышечной гипотонии. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Умеренно выраженная пастозность мягких тканей. Частота дыханий 82 в минуту. Выдох затруднен, втяжение уступчивых мест грудной клетки, напряжение крыльев носа. Перкуторно над легкими «пестрая» картина (участки укорочения легочного звука перемежаются с участками звука с коробочным оттенком). При аускультации дыхание значительно ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритмичные 178 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации. Печень на 2 см ниже реберной дуги справа. Селезенка не пальпируется. Меконий не отошел. Не мочился.

Анализ крови: Нв - 220г/л, Эр. –5,8Т/л, Нт –65%, Л- 10,1 Г/л, Э - 1%, П- 4%, С - 45%, Л - 46%,

М - 4%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 46г/л, СРБ - отр., мочевины - 3,6 ммоль/л, креатинин – 75,4 мкмоль/л, калий - 6,7 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,8 ммоль/л, натрий - 132 ммоль/л, магний – 0,68 ммоль/л, глюкоза – 1,5 ммоль/л

Кислотно-основное состояние крови (KOC): pH – 7,2; PaO₂ - 60 мм рт. ст., PaCO₂ - 62 мм рт. ст., BE – (-8) ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Каков алгоритм проведения первичных реанимационных мероприятий этому ребенку?
5. Выделите основные клинические синдромы.
6. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
7. Ваш предположительный диагноз.
8. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
9. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
10. Тактика наблюдения и ведения больного.

Задача 7.

Ребенок М., родился от молодых родителей, имеющих вредные привычки (мать курит, отец курит и употребляет алкоголь). Беременность 2-я (1-я – закончилась медицинским абортом с развитием аднексита) протекала с явлениями артериальной гипертензии с незначительной протеинурией в первом триместре, анемией (Hb 98г/л) во втором триместре. Получала препараты железа. С 28 недель отмечались повышение АД до 160/90 мм рт. ст., отеки, выраженная протеинурия. Лечилась в стационаре. УЗС плода в 22 недели – физическое развитие соответствовало сроку гестации, биофизический профиль плода в норме, пороков развития не выявлено.

Роды в срок 37 недель, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, родостимуляция. Продолжительность родов -16 часов, 1 период-14 часов, второй–2 часа, потуги 30 минут. Безводный период 10 часов 30 минут, воды с примесью мекония, количество – около 600 мл. Послед родился через 10 минут, плацента макроскопически утолщена, отечна, с очагами кровоизлияний.

Родился мальчик с массой тела 3000г, длиной – 52см, окружность головы – 36 см, окружность груди – 34см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 6/8 баллов. Проведены первичные реанимационные мероприятия. Состояние - среднетяжелое по неврологической симптоматике, синдром гипервозбудимости: беспокойство, двигательная расторможенность, судорожная готовность. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не отмечалось.

На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу. При осмотре состояние тяжелое. Вялый, крик монотонный болезненный. Гиперестезия. Поза с запрокинутой головой, общая мышечная гипотония, рефлексы врожденного автоматизма угнетены. Б/р 2х2 см, слегка напряжен и выбухает, открыт на 0,4 см сагиттальный шов. Отмечается положительный симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. При крике тремор конечностей. Кожные покровы с сероватым колоритом, акроцианоз, мраморность. Слизистые розовые, на языке белый налет. Дыхание учащено до 68 в минуту. Над легкими – легочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 152 удара в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча светлая, мочится малыми порциями редко. Отеков нет. Стул желтый с неперевавленными комочками. Анализ крови: Hb - 220г/л, Эр. – 4,8Т/л, Ht – 59%, Л - 15,1 Г/л, Э - 0%, П - 14%, С - 56%, Л - 26%, М - 4%, СОЭ – 12 мм/час. Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд.вес – 1007, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эритроциты - 0, клетки плоского эпителия – ед. в п/зр.НСГ- структура мозга сохранена, повышена экзогенность перивентрикулярных областей, расширены затылочные и фронтальные рога боковых желудочков. Сосудистые сплетения эхогеннооднородны. Пульсация сосудов снижена.

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Выделите основные клинические синдромы.
5. Оцените результаты функциональных методов исследования.
6. Ваш предположительный диагноз.

7. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Тактика наблюдения и ведения больного.

Задача 8.

Ребенок П. родился от 3-й беременности (1 – своевременные роды, ребенок здоров, 2- мед. аборт). На учете в женской консультации женщина состояла с 5 нед. гестации, посещала регулярно. Первый триместр протекал без осложнений, УЗС в 10 недель – без особенностей. Во втором - состояние удовлетворительное, АД – 100/60 мм рт.ст., угроза прерывания беременности в 20 недель. Лечение в стационаре. Ан. крови и мочи в норме. Уровень α -фетопротеина в крови в 17 нед. гестации в норме. УЗС плода в 20 нед.– физическое развитие ниже соответствующего сроку гестации (ЗРП), выявлен врожденный порок сердца - транспозиция магистральных сосудов. Направлена на перинатальный консилиум, приняла решение пролонгировать беременность, получила направление на родоразрешение в родовспомогательное учреждение, имеющее лицензию на кардиохирургическую помощь. В третьем триместре – перенесла ОРЗ в легкой форме.

Роды в срок 37 нед., самопроизвольные. Продолжительность родов – 6 ч, 1 период - 5ч, 2 период – 1ч, потуги 10 мин. Безводный период 3 ч, воды светлые, количество – около 1200 мл. Послед родился через 10 мин.

Родился мальчик с массой 3250г, длиной – 49см, окружность головы – 36см, груди – 35см. Оценка по Апгар – 6/7 баллов. Оценка по шкале Даунса – 2 балла. Проведены первичные реанимационные мероприятия. Состояние тяжелое по основному заболеванию. Голова округлой формы, родовая опухоль средних размеров. Б/р 0,5x0,5 см, сагиттальный шов закрыт, напряжения и выбухания нет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, акроцианоз. Слизистые розовые. Пупочное кольцо без признаков воспаления, сосуды не пальпируются. Подкожно-жировой слой достаточно, распределен равномерно. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, частота дыхания 68 в мин. Над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и вдоль левого края грудины, периодически систолодиастолический шум на основании больше слева. ЧСС 160 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул – меконий. Мочится, моча светлая. Половые органы по мужскому типу, яички в мошонке.

Анализ крови 1 сутки: Нв - 207г/л, Эр. – 5,0 Т/л, Нт – 60%, рет. - 7%, , Л - 26,1 Г/л, Э - 0%, П - 9%,

С -67%, Л - 10%, М -14%, тромбоциты – 244 тыс.

Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд.вес – 1007, лейкоциты - 0-3 в п/зр., эритроциты – 3 п/зр., клетки плоского эпителия – ед. в п/зр.

ЭКГ – ЭОС отклонена вправо, ЧСС 168 в минуту. Признаки перегрузки правого желудочка.

Эхо-КГ: от левого желудочка отходит легочная артерия, от правого желудочка аорта, функционирует артериальный проток, дефекта межжелудочковой перегородки не визуализируется. Сократительная функция миокарда ЛЖ сохранена, полости сердца не увеличены.

Газовый состав крови- рН – 7,19, рСО₂ – 64,6, рО₂- 27, 2, sat – 58%.

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените физическое развитие новорожденного.
3. Выделите основные клинические синдромы.
4. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
5. Ваш предположительный диагноз.
6. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
7. Тактика наблюдения и ведения больного.

Перечень практических навыков

1. Оказание реанимационной помощи новорожденному в родовом зале (околоплодные воды светлые);
2. Оказание реанимационной помощи новорожденному в родовом зале (околоплодные воды мекониальные);
3. Оказание базовой помощи новорожденному в родовом зале.
4. Оказание реанимационной помощи ребенку с ЭНМТ в родовом зале
5. Расчет программы инфузионной терапии новорожденному с ЭНМТ
6. Расчет программы инфузионной терапии новорожденному с ОНМТ
7. Постановка глубокой венозной линии новорожденному ребенку.
8. Постановка пупочного катетера новорожденному ребенку.
9. Постановка периферического катетера новорожденному ребенку.
10. Обработка рук для проведения инвазивной манипуляции