

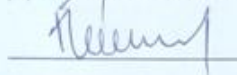
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

Согласовано:

Декаан ФПК и ППС



«3» 05 2019 г.

Утверждаю:

Проректор по ЛР и ПО

Крутова В.А.



«3» 05 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для специальности 31.08.18 «Неонатология»

Факультет ФПК и ППС

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

Форма обучения ординатура


Рабочая программа государственной итоговой аттестации по специальности «Неонатология» составлена на основании ФГОС к структуре основной профессиональной образовательной программы в ординатуре, утвержденных приказом Минобрнауки России «25» августа 2014 г., № 1061 и учебного плана по специальности «Неонатология».

Разработчики рабочей программы:

Зав. каф. педиатрии с курсом неонатологии
ФПК и ППС, профессор, д.м.н.  Е.И. Клещенко

Доц. каф. педиатрии с курсом неонатологии
ФПК и ППС, к.м.н.  Д.А.Каюмова

Доц. каф. педиатрии с курсом неонатологии
ФПК и ППС, к.м.н.  М.Г.Кулагина

Ассистент каф. педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, к.м.н.  А.Ф.Комаров

Ассистент каф. педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС  Е.П.Апалькова

Ассистент каф. педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС  Е.В.Боровикова

Ассистент каф. педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, к.м.н.  М.П. Яковенко

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

«13» 05 2019 г., протокол заседания № 19

Заведующая кафедрой педиатрии
с курсом неонатологии ФПК и ППС
профессор, д.м.н.



Е.И. Клещенко

Рецензент

Зав. кафедрой педиатрии №1
профессор, д.м.н.



В.А. Шашель

Согласовано:

Председатель методической комиссии



Заболотских И.Б.

Протокол № 13 от «13» 05 2019 года.

ВВЕДЕНИЕ

Государственная итоговая аттестация по программе **ординатуры** по специальности 31.08.18 «Неонатология» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по педиатрии в соответствии с содержанием образовательной программы.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), предусмотренных учебным планом.

Лица, освоившие основную профессиональную образовательную программу **ординатуры** по специальности 31.08.18 «Неонатология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца об окончании ординатуры, соответственно освоенной программе и сертификат специалиста.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ЦЕЛЬ:

выявление теоретической и практической подготовки врача-специалиста по неонатологии, а также совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-неонатолога, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификационных требований.

ЗАДАЧИ:

Оценить уровень подготовки по следующим видам профессиональной деятельности:

1) профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

2) диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;

3) лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

4) реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

5) психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

б) организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях; создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

2.РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими

больными (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

-

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость государственной итоговой аттестации – 108 академических часов (3 ЗЕ).

4. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация осуществляется в три

этапа: 1 этап – проверка освоения практических умений;

2 этап – проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на компьютерной основе;

3 этап – оценка теоретических и практических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств включает:

- 1) тесты для компьютерного тестирования;
- 2) вопросы к экзамену;
- 3) билеты к экзамену;
- 4) ситуационные задачи

Примеры тестовых заданий

| Вид | Код | Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа |
|-----|-----|---|
| В | 001 | ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЖИДКОСТИ МЕЖДУ ВОДНЫМИ СЕКТОРАМИ ОПРЕДЕЛЯЮТ |
| О | А | проницаемость капилляров |
| О | Б | градиент гидростатического давления |
| О | В | градиент аминокислот |
| О | Г | градиент электролитов и белков |
| В | 002 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ СЛУЖИТ |
| О | А | остраясердечнаянедостаточность |
| О | Б | остраяпочечнаянедостаточность |
| О | В | печеночнаянедостаточность |
| О | Г | закрытаячерепно-мозговая травма |
| В | 003 | ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ СЛУЖИТ |
| О | А | нарушение гемодинамики, гиповолемия |
| О | Б | водно-электролитныенарушения |
| О | В | отсутствие возможности энтерального приема жидкости |
| О | Г | Инттоксикация |
| В | 004 | ПРИНЦИПЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ |
| О | А | Недопустимость введения суточного объема жидкости на протяжении 6-8 часов инфузии |
| О | Б | Объем однократного внутривенного введения не должен превышать 1% или 10 мл/кг массы тела |
| О | В | Характер стартового раствора должен определяться задачами, поставленными перед инфузионной терапией |
| О | Г | При гематокрите ниже 35 необходимо переливание препаратов крови |

| | | |
|---|-----|---|
| В | 005 | КАКОЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ВВОДЯТ В 1-Й ДЕНЬ ЖИЗНИ? |
| О | А | 50-100 мл/кг |
| О | Б | 150-200 мл/кг |
| О | В | 30-50 мл/кг |
| О | Г | 70-90 мл/кг |
| | | |
| В | 006 | С КАКИХ ОБЪЕМОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ С МАССОЙ МЕНЕЕ 1000Г? |
| О | А | 50-100 мл/кг |
| О | Б | 100-120 мл/кг |
| О | В | 30-50 мл/кг |
| О | Г | 70-90 мл/кг |
| | | |
| В | 007 | ОБЪЕМ ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ОСНОВАНИИ |
| О | А | суточной физиологической потребности организма в жидкости |
| О | Б | функционального состояния сердца |
| О | В | Функционального состояния печени |
| О | Г | объема патологических потерь |
| | | |
| В | 008 | СКОЛЬКО СОСТАВЛЯЮТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В 3 ДНЯ? |
| О | А | 60 мл/кг/сут |
| О | Б | 120 мл/кг/сут |
| О | В | 150 мл/кг/сут |
| О | Г | 90 мл/кг/сут |
| | | |
| В | 009 | КАКИЕ ЦЕЛИ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ? |
| О | А | Поддержание волемического статуса |
| О | Б | Поддержание солевого состава, регуляция КОС |
| О | В | Дезинтоксикация, пассивная иммунизация |
| О | Г | Парентерильное введение медикаментов |
| | | |
| В | 010 | КАКИЕ ВЫДЕЛЯЮТ РЕЖИМЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ? |
| О | А | Режим регидратации, дегидратации |
| О | Б | Режим гидратации, дегидратации, парентерального питания |
| О | В | Режим регидратации, гидратации, дегидратации, форсированный диурез, парентеральное питание |
| О | Г | Режим регидратации, дегидратации, форсированный диурез |
| | | |
| В | 011 | КАКИЕ РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ? |
| О | А | Корригирующая |
| О | Б | Гиподинамическая |
| О | В | Поддерживающая |
| О | Г | Заместительная |
| | | |
| В | 012 | ДЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОДКОЖНЫЕ ВЕНЫ |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | А | нижних конечностей |
| <input type="radio"/> | Б | на поврежденных конечностях |
| <input type="radio"/> | В | воспаленные вены |
| <input type="radio"/> | Г | верно все |
| | | |
| В | 013 | КАТЕТЕРИЗАЦИЮ ВЕН ВЫПОЛНЯЮТ В СЛУЧАЯХ |
| <input type="radio"/> | А | введения большого объема раствора |
| <input type="radio"/> | Б | проведения продолжительных инфузий |
| <input type="radio"/> | В | проведения многократных инфузий |
| <input type="radio"/> | Г | проведения инфузии у возбужденных лиц |
| | | |
| В | 014 | КАКИЕ ФАКТОРЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО? |
| <input type="radio"/> | А | «Неощутимые» потери жидкости, обусловленные испарением с поверхности тела и дыхательных путей |
| <input type="radio"/> | Б | Потеря жидкости со стулом |
| <input type="radio"/> | В | Патологические потери жидкости и электролитов |
| <input type="radio"/> | Г | Физиологическое снижение массы тела |
| | | |
| В | 015 | ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ |
| <input type="radio"/> | А | аллергическими реакциями |
| <input type="radio"/> | Б | пирогенными реакциями |
| <input type="radio"/> | В | отеком легких |
| <input type="radio"/> | Г | нарушениями ритма сердца |
| | | |
| В | 016 | КРИТЕРИЯМИ ВЫБОРА ВЕНЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ СЛУЖАТ |
| <input type="radio"/> | А | предпочтительность использования периферических вен |
| <input type="radio"/> | Б | предпочтительность использования центральных вен |
| <input type="radio"/> | В | использования извитых вен |
| <input type="radio"/> | Г | использование наиболее крупных вен |
| | | |
| В | 017 | КОЛЛОИДНЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОБЛАДАЮТ СПОСОБНОСТЬЮ |
| <input type="radio"/> | А | быстро выводить из кровеносного русла токсины |
| <input type="radio"/> | Б | быстро стабилизировать гемодинамику |
| <input type="radio"/> | В | корректировать электролитный состав крови |
| <input type="radio"/> | Г | вызывать гемодилюцию |
| | | |
| В | 018 | КАКИЕ БЫВАЮТ ТИПЫ ДЕГИДРАТАЦИИ? |
| <input type="radio"/> | А | гипернатриемическая |
| <input type="radio"/> | Б | изонатриемическая |
| <input type="radio"/> | В | гипонатриемическая |
| <input type="radio"/> | Г | гипотоническая |
| | | |
| В | 019 | ПРИ ИНФУЗИИ РАСТВОРОВ КАЛИЯ СЛЕДУЕТ |
| <input type="radio"/> | А | Использовать растворы в низкой концентрации |
| <input type="radio"/> | Б | Вводить растворы медленно капельно |
| <input type="radio"/> | В | Использовать концентрированные растворы |

| | | |
|---|-----|---|
| О | Г | Проводить инфузию после нормализации мочевыделения |
| В | 020 | БАЛАНС ЖИДКОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО КОНТРОЛИРУЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ ИЗМЕРЕНИЯ |
| О | А | Диуреза |
| О | Б | Динамики массы тела |
| О | В | Сывороточной концентрации натрия |
| О | Г | Плотности мочи, измерения АД |
| В | 021 | КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕАДЕКВАТНЫМ СОСТАВОМ РАСТВОРОВ? |
| О | А | Перегрузка солями натрия при его назначении более 1,5 ммоль/кг |
| О | Б | Перегрузка препаратами волемиического действия при обномоментном введении более 15 мл/кг |
| О | В | Гиперкалиемия при быстром введении глюкозо-солевых растворов |
| О | Г | Гмперкалиемия при неправильном составлении растворов-добавок |
| В | 022 | КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫ НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К СОСТАВНЫМ ЧАСТЯМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ? |
| О | А | Гипергликемия в период адаптации к нагрузке гипертоническими растворами глюкозы при быстрой скоростиинфузии |
| О | Б | Некетонемическаягиперосмолярная кома на фоне гипергликемии, осмотического диуреза |
| О | В | Гипераммониемия при длительном назначении гидролизатов |
| О | Г | Гиперкалиемия при быстром введении глюкозо-солевых растворов |
| В | 023 | КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ? |
| О | А | Кровоизлияния в окружающие ткани |
| О | Б | Гемогидромедиастинум, гемогидроторакс |
| О | В | Воспаление еожи и окружающей клетчатки, тромбофлебиты, тромбозы, септицемия |
| О | Г | Повреждение нервных стволов |
| В | 024 | В КАКИХ СЛУЧАЯХ НЕОБХОДИМО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЪЕМА ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ? |
| О | А | Потери в течение суток более 3-5% массы тела |
| О | Б | Общей потери массы превышающей 10-15% |
| О | В | Если диурез менее 0,5 мл/кг массы тела/час за любые 8 часов |
| О | Г | При задержке внутриутробного развития |
| В | 025 | КАКИЕ РАЗЛИЧАЮТ ВИДЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ? |
| О | А | Корригирующая |
| О | Б | Гиподинамическая |
| О | В | Поддерживающая |
| О | Г | Заместительная |
| В | 026 | СРЕДНЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА К1 В ГРУДНОМ МОЛОКЕ: |

| | | |
|---|-----|---|
| О | А | 2-2,5 мкг/л |
| О | Б | 3-3,5 мкг/л |
| О | В | 4-4,5 мкг/л |
| О | Г | 5-5,5 мкг/л |
| | | |
| В | 027 | МЕНАХИНОН-4 ЭТО: |
| О | А | К1 |
| О | Б | К2 |
| О | В | К3 |
| О | Г | К4 |
| | | |
| В | 028 | СРЕДНЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА К1 В ИСКУССТВЕННЫХ МОЛОЧНЫХ СМЕСЯХ ДЛЯ ДОНОШЕННЫХ: |
| О | А | 50 мкг/л |
| О | Б | 60 мкг/л |
| О | В | 70 мкг/л |
| О | Г | 80 мкг/л |
| | | |
| В | 029 | СРЕДНЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА К1 В ИСКУССТВЕННЫХ МОЛОЧНЫХ СМЕСЯХ ДЛЯ НЕ ДОНОШЕННЫХ: |
| О | А | 0-60 мкг/л |
| О | Б | 60-100 мкг/л |
| О | В | 100-150 мкг/л |
| О | Г | 150-200 мкг/л |
| | | |
| В | 030 | ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО: |
| О | А | Укорочение АЧТВ |
| О | Б | Удлинение протромбинового времени |
| О | В | Низкое тромбиновое время |
| О | Г | Увеличение АЧТВ |
| | | |
| В | 031 | ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНА ГИПОКОАГУЛЯЦИОННАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ПЛАЗМЕННО-КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ И АКТИВНОСТИ ФИБРИНОЛИЗА? |
| О | А | Да |
| О | Б | Да, если имела место внутриутробная гипоксия плода |
| О | В | Да, если имело место обвитие пуповиной |
| О | Г | Нет |
| | | |
| В | 032 | ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖКТ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБЫ АПТА-ДАУНЕРА: |
| О | А | Да |
| О | Б | Нет |

| | | |
|---|-----|---|
| О | В | Да, если кровотечение из верхних отделов ЖКТ |
| О | Г | Да, если кровотечение из нижних отделов ЖКТ |
| | | |
| В | 033 | ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРОВОДЯТ С: |
| О | А | Тромбоцитопении/тромбоцитопатии |
| О | Б | Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) |
| О | В | Другие причины кровотечений (травмы, эрозии, папилломы ЖКТ, ангиоматоз кишечника, мальформации сосудов и др.) |
| О | Г | Пневмония |
| | | |
| В | 034 | ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА И КОЛИЧЕСТВА ТРОМБОЦИТОВ |
| О | А | Да |
| О | Б | Нет |
| О | В | Нет правильного ответа |
| О | Г | Верно А и Б |
| | | |
| В | 035 | ВИКАСОЛ, НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ: |
| О | А | Через 1 час |
| О | Б | Через 5 часов |
| О | В | Через 8-24 часа |
| О | Г | Через 3 часа |
| | | |
| В | 036 | ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ВИКАСОЛА: |
| О | А | Внутривенно |
| О | Б | Внутримышечно |
| О | В | Оба варианта ответа правильны |
| О | Г | Нет правильного ответа |
| | | |
| В | 037 | МЕНАДИОНА НАТРИЯ БИСУЛЬФИТ В КАКОМ ПРОЦЕНТНОМ РАСТВОРЕ ВВОДИТСЯ |
| О | А | 1% |
| О | Б | 5% |
| О | В | 10% |
| О | Г | 0,1% |
| | | |
| В | 038 | СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 1-1,5 мг/кг/сут |
| О | Б | 2-2,5 мг/кг/сут |
| О | В | 3-3,5 мг/кг/сут |
| О | Г | 5-6 мг/кг/сут |
| | | |
| В | 039 | НЕ БОЛЕЕ СКОЛЬКИХ МОЖНО ВВОДИТЬ СУТОЧНУЮ ДОЗУ ДЛЯ |

| | | |
|---|-----|---|
| | | НОВОРОЖДЕННЫХ: |
| О | А | 3 мг/сут |
| О | Б | 4 мг/сут |
| О | В | 5 мг/сут |
| О | Г | 6 мг/сут |
| | | |
| В | 040 | СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 0,1-1 мг/сут |
| О | Б | 2-5 мг/сут |
| О | В | 6-8мг/сут |
| О | Г | 10-12 мг/сут |
| | | |
| В | 041 | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ВИКАСОЛА СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 1-5дней |
| О | Б | 2-4 дня |
| О | В | 8-11дней |
| О | Г | 21 день |
| | | |
| В | 042 | ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ДНЕЙ МОЖНО ПРОВЕСТИ КУРС ВИКАСОЛА: |
| О | А | 1 |
| О | Б | 2 |
| О | В | 3 |
| О | Г | 4 |
| | | |
| В | 043 | ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ВИКАСОЛА: |
| О | А | Гипокоагуляция |
| О | Б | гемолитическая болезнь новорожденных |
| О | В | Гиперкоагуляция |
| О | Г | Физиологическая желтуха новорожденных |
| | | |
| В | 044 | МЕНАДИОН ОБЛАДАЕТ ОКИСЛЯЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕМОГЛОБИН, ПРИВОДЯ К ГЕМОЛИЗУ, ОБРАЗОВАНИЮ МЕТГЕМОГЛОБИНА И ТЕЛЕЦ ГЕЙНЦА В ЭРИТРОЦИТАХ |
| О | А | Да |
| О | Б | Нет |
| О | В | Нет верного ответа |
| О | Г | Верно А и Б |
| | | |
| В | 045 | СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННАЯ ПЛАЗМА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ВВОДИТСЯ ПРИ КАКОЙ ДОЗЕ |
| О | А | 5-10 мл/кг |
| О | Б | 10-15 мл/кг |
| О | В | 20-25 мл/кг |

| | | |
|---|-----|---|
| О | Г | 2-3 мл/кг |
| | | |
| В | 046 | ТРАНСФУЗИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ДОЛЖНА БЫТЬ НАЧАТА В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ЕЕ РАЗМОРАЖИВАНИЯ |
| О | А | В течение 3 часов |
| О | Б | В течение 2 часов |
| О | В | В течение 1 часа |
| О | Г | В течение 30 минут |
| | | |
| В | 047 | ТРАНСФУЗИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ ДОЛЖНА ПРОДОЛЖАТЬСЯ НЕ БОЛЕЕ СКОЛЬКИХ ЧАСОВ |
| О | А | 4 |
| О | Б | 6 |
| О | В | 8 |
| О | Г | 10 |
| | | |
| В | 048 | СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВИТАМИНЕ К У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 2мкг/кг/сут |
| О | Б | 5мкг/кг/сут |
| О | В | 9мкг/кг/сут |
| О | Г | 12мкг/кг/сут |
| | | |
| В | 049 | СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВИТАМИНЕ К У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 1-7мкг/кг/сут |
| О | Б | 8-10мкг/кг/сут |
| О | В | 11-15мкг/кг/сут |
| О | Г | 25мкг/кг/сут |
| | | |
| В | 050 | СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВИТАМИНЕ К У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 100мкг /сут |
| О | Б | 150мкг /сут |
| О | В | 200мкг/сут |
| О | Г | 300мкг/сут |
| | | |
| В | 051 | ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ 3 СТЕПЕНИ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 20-30% |
| О | Б | 10-20% |
| О | В | Больше 30 % |
| О | Г | 20% |

| | | |
|---|-----|---|
| | | |
| В | 052 | ПРОГНОЗ НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ ГИПОТРОФИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ: |
| О | А | Благоприятный |
| О | Б | Неблагоприятный |
| О | В | Нет верного ответа |
| О | Г | Верно А и Б |
| | | |
| В | 053 | НОВОРОЖДЕННЫМ С ЗВУР РАСЧЕТ ПИТАНИЯ ПРОВОДЯТ С УЧЕТОМ БОЛЕЕ ВЫСОКОГО КАЛЛОРАЖАНА |
| О | А | 10-20 |
| О | Б | 5-10 |
| О | В | 20-30 |
| О | Г | 35-40 |
| | | |
| В | 054 | КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЗВУР |
| О | А | гипотрофический, анемический, диспластический |
| О | Б | гипотрофический, гипопластический, анемический |
| О | В | гипотрофический, гипопластический, диспластический |
| О | Г | анемический, отечный, гипопластический |
| | | |
| В | 055 | ПРОГНОЗ НОВОРОЖДЁННЫХ СО ЗВУР ЗАВИСИТ ОТ |
| О | А | от варианта и степени тяжести ЗВУР |
| О | Б | всегда неблагоприятен |
| О | В | всегда благоприятен |
| О | Г | не предсказуем |
| | | |
| В | 056 | КОЛИЧЕСТВО СТИГМ ДИЗЭМБРИОГЕНЕЗЫ ДОПУСТИМОЕ ДЛЯ ГИПОПЛАСТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ЗВУР |
| О | А | Не более 3-4 |
| О | Б | 5-6 |
| О | В | 7-8 |
| О | Г | 10 и более |
| | | |
| В | 057 | ВАКЦИНАЦИЮ БЦЖ ДЕТЯМ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПРОВОДЯТ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА.... И ОТСУТСТВИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НИМ: |
| О | А | 3000г |
| О | Б | 2500г |
| О | В | 2000г |
| О | Г | 4000г |
| | | |
| В | 058 | К ФАКТОРАМ РИСКА СО СТОРОНЫ ПЛОДА В РАЗВИТИИ ЗВУР ОТНОСЯТ: |
| О | А | Пороки развития плаценты |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Б | Врожденная инфекция |
| О | В | Аномальные показатели КТГ накануне родов |
| О | Г | Нет правильного ответа |
| | | |
| В | 059 | ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ 2 СТЕПЕНИ ГИПОТРОФИИ СОСТАВЛЯЕТ |
| О | А | 10-20% |
| О | Б | 20-30% |
| О | В | 30% и более |
| О | Г | Нет правильного ответа |
| | | |
| В | 060 | РАСЧЕТ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ТОЛЬКО МЕТОДОМ |
| О | А | Объемным |
| О | Б | Калорийным |
| О | В | По формуле Зайцевой |
| О | Г | Все ответы верны |
| | | |
| В | 061 | ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПРИ ГИПОТРОФИИ II СТЕПЕНИ ДЛИТСЯ |
| О | А | 5-7 дней |
| О | Б | 3-5 дней |
| О | В | 7-14 дней |
| О | Г | 25 дней |
| | | |
| В | 062 | ПЕРИОД ВЫЯСНЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ ПРИ ГИПОТРОФИИ III СТЕПЕНИ ДЛИТСЯ |
| О | А | 5-7 дней |
| О | Б | 7-14 дней |
| О | В | 3-5 дней |
| О | Г | 25 дней |
| | | |
| В | 063 | УВЕЛИЧЕНИЕ ПИЩЕВОЙ НАГРУЗКИ БЕЛКАМИ, ЖИРАМИ, УГЛЕВОДАМИ ПРИ ГИПОТРОФИИ ПРОВОДИТСЯ ПОД КОНТРОЛЕМ: |
| О | А | ОАК |
| О | Б | Копрограммы |
| О | В | Биохимии крови |
| О | Г | ОАМ |
| | | |
| В | 064 | КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ ПРИ ЗВУР НАЧИНАЮТ: |
| О | А | с начала 2 суток |
| О | Б | после стабилизации состояния |
| О | В | с 1 часа жизни |
| О | Г | С 4 суток |

| | | |
|---|-----|---|
| | | |
| В | 065 | В ПЕРИОДЕ УСИЛЕННОГО ПИТАНИЯ БЕЛКИ И УГЛЕВОДЫ РАССЧИТЫВАЮТСЯ НА: |
| О | А | долженствующую массу |
| О | Б | фактическую массу |
| О | В | приблизительно долженствующую |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 066 | В ПЕРИОДЕ УСИЛЕННОГО ПИТАНИЯ ЖИРЫ РАССЧИТЫВАЮТСЯ НА6 |
| О | А | долженствующую массу |
| О | Б | фактическую массу |
| О | В | приблизительно долженствующую |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 067 | ГРУППЫ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ЗВУР |
| О | А | материнские факторы, патология плода, патология плаценты |
| О | Б | материнские факторы, социально-экономические, экологические |
| О | В | патология плода, патология плаценты, экологические факторы |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 068 | К ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВСЕХ НОВОРОЖДЁННЫХ СО ЗВУР С 1-ГО ДНЯ ЖИЗНИ ОТНОСЯТ НАЗНАЧЕНИЕ |
| О | А | седуксена |
| О | Б | бифидумбактерина |
| О | В | антибиотиков |
| О | Г | Сульфата магния |
| | | |
| В | 069 | II СТЕПЕНЬ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЁННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: |
| О | А | отставанием в росте на 2-4 см и более; |
| О | Б | массо-ростовым показателем 55-59,9; |
| О | В | уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях; |
| О | Г | Наличием пороков развития |
| | | |
| В | 070 | ПОНЯТИЕ « АССИМЕТРИЧНАЯ ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ» ВКЛЮЧАЕТ.. |
| О | А | гипопластический |
| О | Б | гипотрофический |
| О | В | диспластический |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 071 | ПРИ ГИПОПЛАСТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ЗАДЕРЖКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ УМЕНЬШЕНЫ ВСЕ ПАРАМЕТРЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ-НИЖЕПРОЦЕНТОВ ЦЕНТИЛЯ-ПРИ |

| | | |
|---|-----|--|
| | | СООТВЕТСТВУЮЩЕМ ГЕСТАЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ: |
| О | А | 3 |
| О | Б | 10 |
| О | В | 25 |
| О | Г | 75 |
| | | |
| В | 072 | НОВОРОЖДЕННЫЕ С ЗВУР ИМЕЮТ ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ |
| О | А | ГЭБ |
| О | Б | асфиксии в родах |
| О | В | ВПР |
| О | Г | ВЖК |
| | | |
| В | 073 | ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЕЗА ЗВУР |
| О | А | Нарушение метаболизма глюкозы |
| О | Б | Цитопатическое действие вирусов |
| О | В | Хроническая фетоплацентарная недостаточность |
| О | Г | Все ответы верны |
| | | |
| В | 074 | ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПРИЗНАКИ ЗВУР ПЛОДА В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ |
| О | А | Остановка или недостаточное увеличение размеров плода по данным УЗИ |
| О | Б | Курение матери |
| О | В | Прием наркотиков матерью |
| О | Г | Употребление алкоголя матерью |
| | | |
| В | 075 | ДИАГНОСТИЧЕСКИ-ЗНАЧИМЫЕ ПРИЗНАКИ ЗВУР ПЛОДА В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ |
| О | А | Алкоголизм матери |
| О | Б | Изменение площади и объема плаценты и снижение маточно-плацентарного и плодового кровотока |
| О | В | Курение матери |
| О | Г | Прием наркотиков матерью |
| | | |
| В | 076 | ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ РАЗРЕШЕННЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ В РОДЗАЛЕ |
| О | А | Адреналин, физ. раствор, бикарбонат натрия |
| О | Б | Адреналин, альбумин |
| О | В | Адреналин, физ. Раствор, гепарин |
| О | Г | Адреналин, гепарин |
| | | |
| В | 077 | В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ИВЛ ПРОВОДИТСЯ |
| О | А | Через носовые канюли |
| О | Б | Через лицевую маску |
| О | В | Через эндотрахеальную трубку |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Г | Верно все перечисленное |
| | | |
| В | 078 | ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР, ДЕЙСТВИЕ |
| О | А | Увеличение ЧСС |
| О | Б | Увеличение ЧД |
| О | В | Увеличение ОЦК |
| О | Г | верно все перечисленное |
| | | |
| В | 079 | ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР, СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ В РОД. ЗАЛЕ |
| О | А | в вену пуповины, струйно, медленно |
| О | Б | в вену пуповины, капельно, медленно |
| О | В | в вену пуповины, струйно быстро |
| О | Г | в вену пуповины, капельно быстро |
| | | |
| В | 080 | СКОЛЬКО КРИТЕРИЕВ СОДЕРЖИТ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР |
| О | А | 5 критериев |
| О | Б | 6 критериев |
| О | В | 4 критерия |
| О | Г | 7 критериев |
| | | |
| В | 081 | ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР 8 И БОЛЕЕ БАЛЛОВ |
| О | А | Легкой степени тяжести асфиксия |
| О | Б | Отсутствие асфиксии |
| О | В | Тяжелой степени тяжести асфиксия |
| О | Г | Средней степени тяжести асфиксия |
| | | |
| В | 082 | ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР МЕНЕЕ 4Х БАЛЛОВ |
| О | А | Легкой степени тяжести асфиксия |
| О | Б | Отсутствие асфиксии |
| О | В | Тяжелой степени тяжести асфиксия |
| О | Г | Средней степени тяжести асфиксия |
| | | |
| В | 083 | ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР 4-7 БАЛЛОВ |
| О | А | Легкой степени тяжести асфиксия |
| О | Б | Отсутствие асфиксии |
| О | В | Тяжелой степени тяжести асфиксия |
| О | Г | Средней степени тяжести асфиксия |
| | | |
| В | 084 | АДРЕНАЛИН , ДЕЙСТВИЕ |
| О | А | Увеличивает частоту и силу сердечных сокращений |
| О | Б | Увеличивает ОЦК |
| О | В | Повышает артериальное давление |
| О | Г | Верно все перечисленное |
| | | |
| В | 085 | ПОСЛЕ НАЧАЛА НЕПРЯМОГО МАССАЖА: |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | А | Через 20 с следует отметить ЧСС |
| <input type="radio"/> | Б | Через 30 с следует отметить ЧСС |
| <input type="radio"/> | В | Через 10 с следует отметить ЧСС |
| <input type="radio"/> | Г | Через 60 с следует отметить ЧСС |
| | | |
| В | 086 | ЗАБОР КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ПРОВОДЯТ: |
| <input type="radio"/> | А | на 5-е сутки жизни |
| <input type="radio"/> | Б | перед выпиской |
| <input type="radio"/> | В | на 3-и сутки жизни |
| <input type="radio"/> | Г | на 7-е сутки жизн |
| | | |
| В | 087 | ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРОВОДИТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | На 1й и 5й минуте |
| <input type="radio"/> | Б | Через 1 и 5 минут после рождения |
| <input type="radio"/> | В | Через 30 сек и 5 минут после рождения |
| <input type="radio"/> | Г | Ничего из вышеперечисленного |
| | | |
| В | 088 | УКАЖИТЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ СОГРЕВАНИЯ РЕБЕНКА В РОД. ЗАЛЕ |
| <input type="radio"/> | А | Инкубатор |
| <input type="radio"/> | Б | Теплые пеленки |
| <input type="radio"/> | В | Пластиковый пакет или специальная термосберегающая пленка |
| <input type="radio"/> | Г | Источник лучистого тепла |
| | | |
| В | 089 | НОВОРОЖДЕННЫЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА – ЭТО МЛАДЕНЕЦ |
| <input type="radio"/> | А | родившийся с массой тела менее 1750 г |
| <input type="radio"/> | Б | родившийся с массой тела менее 1250 г |
| <input type="radio"/> | В | родившийся с массой тела менее 1000 г |
| <input type="radio"/> | Г | родившийся с массой тела менее 750 г |
| | | |
| В | 090 | УКАЖИТЕ ПРИЗНАКИ ЖИВОРОЖДЕНИЯ |
| <input type="radio"/> | А | Громкий крик |
| <input type="radio"/> | Б | Самостоятельное дыхание |
| <input type="radio"/> | В | Цианоз |
| <input type="radio"/> | Г | Пульсация пуповины |
| | | |
| В | 091 | НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ИВЛ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ: |
| <input type="radio"/> | А | 30 сек |
| <input type="radio"/> | Б | 20 сек |
| <input type="radio"/> | В | 60 сек |
| <input type="radio"/> | Г | 15 сек |
| | | |
| В | 092 | ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ АСФИКСИИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | А | 6-7 баллов |
| <input type="radio"/> | Б | меньше 5-4 балла |
| <input type="radio"/> | В | 8-9 баллов |
| <input type="radio"/> | Г | 8-10 баллов |
| | | |
| В | 093 | КАКОВЫ ПРИЕМЛЕМЫЕ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ АДРЕНАЛИНА ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ? |
| <input type="radio"/> | А | Внутривенный |
| <input type="radio"/> | Б | Подкожный |
| <input type="radio"/> | В | Эндотрахеальный |
| <input type="radio"/> | Г | Внутримышечный |
| | | |
| В | 094 | ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ НЕОБХОДИМО |
| <input type="radio"/> | А | тактильная стимуляция |
| <input type="radio"/> | Б | ИВЛ |
| <input type="radio"/> | В | непрямой массаж сердца |
| <input type="radio"/> | Г | введение адреналина |
| | | |
| В | 095 | РЕАНИМАЦИОННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ В РОДЗАЛЕ ДОЛЖНО ПРОВЕРЯТЬСЯ |
| <input type="radio"/> | А | перед каждым родами |
| <input type="radio"/> | Б | ежедневно |
| <input type="radio"/> | В | раз в два дня |
| <input type="radio"/> | Г | еженедельно |
| | | |
| В | 096 | ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ЦИАНОЗ - ЭТО |
| <input type="radio"/> | А | мраморность кожи |
| <input type="radio"/> | Б | цианоз кожи, туловища и конечностей |
| <input type="radio"/> | В | бледность кожи |
| <input type="radio"/> | Г | цианоз стоп и рук |
| | | |
| В | 097 | ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР ДОЗИРОВКА В РОДЗАЛЕ |
| <input type="radio"/> | А | 29 мл/кг |
| <input type="radio"/> | Б | 5 мл/кг |
| <input type="radio"/> | В | 15 мл/кг |
| <input type="radio"/> | Г | 25 мл/кг |
| | | |
| В | 098 | РЕАНИМАЦИОННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ В РОДЗАЛЕ ДОЛЖНО ПРОВЕРЯТЬСЯ |
| <input type="radio"/> | А | перед каждым родами |
| <input type="radio"/> | Б | ежедневно |
| <input type="radio"/> | В | раз в два дня |
| <input type="radio"/> | Г | еженедельно |
| | | |

| | | |
|---|-----|---|
| В | 099 | УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ SPO2 ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ СУРФАКТАНТА |
| О | А | 84-88% |
| О | Б | 93-95% |
| О | В | 96-98% |
| О | Г | 86-92% |
| | | |
| В | 100 | МЕТОДЫ ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ |
| О | А | поглаживание грудной клетки |
| О | Б | поглаживание спинки |
| О | В | поглаживание конечностей |
| О | Г | пощелкивание или похлопывание пол стопам ребенка |
| | | |
| В | 101 | СЕПСИС НОВОРОЖДЁННЫХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД , ТО ЕСТЬ |
| О | А | перинатально |
| О | Б | постнатально |
| О | В | постнатально |
| О | Г | нисходящим путём |
| | | |
| В | 102 | ИНФИЦИРОВАНИЕ НОВОРОЖДЁННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПО ПРИЧИНЕ |
| О | А | кесарева сечения |
| О | Б | наследственные заболевания |
| О | В | искусственное вскармливание |
| О | Г | длительный безводный период |
| | | |
| В | 103 | ПЕРИНАТАЛЬНО ВОЗНИКШИЙ СЕПСИС — ЭТО ИНФИЦИРОВАНИЕ |
| О | А | через родовые пути |
| О | Б | гематогенным путём |
| О | В | лимфогенным путём |
| О | Г | восходящим путём |
| | | |
| В | 104 | ВНУТРИУТРОБНЫЙ СЕПСИС СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ В СЛУЧАЕ |
| О | А | замедленного роста плода |
| О | Б | женского пола плода |
| О | В | сахарного диабета у матери |
| О | Г | низкого социально-экономического уровня жизни родителей |
| | | |
| В | 105 | УКАЗАТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ СЕПСИСА НОВОРОЖДЁННЫХ |
| О | А | стафилококк |
| О | Б | стрептококк |
| О | В | клебсиела |
| О | Г | кишечная палочка |

| | | |
|---|-----|--|
| | | |
| В | 106 | СЕПСИС У НЕДОНОШЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ |
| О | А | в 10 % случаев |
| О | Б | в 60 % случаев |
| О | В | в 90 % случаев |
| О | Г | В 25% случаев |
| | | |
| В | 107 | ПУПОЧНЫЙ СЕПСИС — ЭТО |
| О | А | сепсис пупка |
| О | Б | сепсис возникший при проникновении м\о через пупок |
| О | В | сепсис входные ворота которого неизвестны |
| О | Г | катетеризационный сепсис |
| | | |
| В | 108 | УКАЗАТЬ ПРИЧИНЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕОБНАРУЖЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ В КРОВИ АНАЭРОБНЫХ УСЛОВИЙ |
| О | А | несоблюдение анаэробных условий |
| О | Б | получение ребёнком антибиотика |
| О | В | несоблюдение асептики |
| О | Г | испуг ребёнка при заборе крови |
| | | |
| В | 109 | УКАЗАТЬ ПЛАНОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ |
| О | А | общий анализ крови мочи |
| О | Б | бактериальное исследование крови |
| О | В | люмбальная пункция при подозрении на менингит |
| О | Г | кал ная/глист |
| | | |
| В | 110 | ПРИ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЁННОГО, ПРОГНОЗ |
| О | А | благоприятен |
| О | Б | неблагоприятен |
| О | В | сомнителен |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 111 | ПРОФИЛАКТИКА СЕПСИСА НОВОРОЖДЁННЫХ |
| О | А | гормонотерапия беременной |
| О | Б | гормональное лечение ребёнка |
| О | В | акушерские вмешательства |
| О | Г | зондовые кормления |
| | | |
| В | 112 | МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА СЕПСИСА ИМЕЕТ ПРИЗНАКИ |
| О | А | очень резкое начало |
| О | Б | тяжелое течение заболевания |
| О | В | неблагоприятный прогноз |
| О | Г | благоприятный прогноз |
| | | |

| | | |
|---|-----|---|
| В | 113 | ПРОФИЛАКТИКА СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ |
| О | А | асептика при уходе за новорожденным |
| О | Б | санация генитальных и экстрагенитальных очагов инфекции женщин |
| О | В | применение десенсибилизирующих средств |
| О | Г | холод к голове новорожденного в первые часы после родов |
| | | |
| В | 114 | ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА |
| О | А | антибиотики широкого спектра действия курсами |
| О | Б | ферментотерапия: фестал, панзинорм, пепсин с соляной кислотой |
| О | В | перевод ребенка в специализированный санаторий |
| О | Г | перевод ребенка в специализированный санаторий |
| | | |
| В | 115 | КЛИНИКА СЕПСИСА |
| О | А | отсутствие прибавки веса, срыгивание, плохой аппетит, сонливость |
| О | Б | снижение рефлексов, бледность кожи, геморрагии |
| О | В | гиперемия кожи, эрозия, мокнутие кожи и слизистых |
| О | Г | монотонный постоянный крик, отсутствие ритма в сердечной и дыхательной деятельности |
| | | |
| В | 116 | ВИДЫ СЕПСИСА |
| О | А | пупочный, оточенный |
| О | Б | кожный сепсис |
| О | В | метаболический сепсис |
| О | Г | физиологический сепсис |
| | | |
| В | 117 | ОСОБЕННОСТЯМИ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДОНОШЕННЫМ ЯВЛЯЮТСЯ |
| О | А | чаще внутриутробное инфицирование |
| О | Б | чаще постнатальное инфицирование |
| О | В | в форме септицемии |
| О | Г | в форме септикопиемии |
| | | |
| В | 118 | К РАЗВИТИЮ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ |
| О | А | длительный безводный промежуток |
| О | Б | проведение инвазивных процедур |
| О | В | Акушерские вмешательства |
| О | Г | Курение матери |
| | | |
| В | 119 | ПНЕВМОНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО |
| О | А | с отечно-геморрагическим синдромом |
| О | Б | с перинатальной энцефалопатией |
| О | В | с первичными ателектазами |
| О | Г | с аспирационным синдромом |

| | | |
|---|-----|---|
| | | |
| В | 120 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ОЧАГАМИ ПРИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ |
| О | А | менингит |
| О | Б | пневмония |
| О | В | отит |
| О | Г | остеомиелит |
| | | |
| В | 121 | В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ |
| О | А | Инфузионная, антибактериальная, иммуносупрессивная |
| О | Б | Антибактериальная, инфузионная, иммунокорректирующая |
| О | В | Антибактериальная, инфузионная, симптоматическая |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 122 | ТЕЧЕНИЕ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ |
| О | А | молниеносное |
| О | Б | острое |
| О | В | затяжное |
| О | Г | хроническое |
| | | |
| В | 123 | К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ |
| О | А | возникновение в течении 72 часов после рождения |
| О | Б | двусторонний процесс |
| О | В | совпадение микрофлоры с материнской |
| О | Г | резистентность к антибактериальной терапии |
| | | |
| В | 124 | РАЗВИТИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ |
| О | А | сифилитической |
| О | Б | токсоплазменной |
| О | В | цитомегаловирусной |
| О | Г | герпетической |
| | | |
| В | 125 | ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ СЕПСИСА МОЖЕТ БЫТЬ |
| О | А | пупочная ранка |
| О | Б | легкие |
| О | В | мочеполовые пути |
| О | Г | носовые ходы и ротовая полость |
| | | |
| В | 126 | В ТЕРАПИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ: |
| О | А | инфузионную терапию |
| О | Б | гормональную терапию |

| | | |
|---|-----|--|
| О | В | фенобарбитал |
| О | Г | заменное переливание крови |
| | | |
| В | 127 | СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ, КОТОРЫЙ РЕБЕНОК ПОЛУЧАЕТ ЭНТЕРАЛЬНО ИЛИ ПАРЕНТЕРАЛЬНО, НЕОБХОДИМО УВЕЛИЧИТЬ НА СКОЛЬКО ПО СРАВНЕНИЮ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОТРЕБНОСТЬЮ РЕБЕНКА: |
| О | А | 5-10% |
| О | Б | 10-20% |
| О | В | 25-30% |
| О | Г | 35% |
| | | |
| В | 128 | ЧАСТИЧНОЕ ЗПК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ЗАМЕНОЙ СКОЛЬКИ КРОВИ РЕБЕНКА НА АНАЛОГИЧНЫЙ ОБЪЕМ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ О (I) РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ: |
| О | А | 10-20 мл/кг |
| О | Б | 20-30 мл/кг |
| О | В | 45-90 мл/кг |
| О | Г | 90-110 мл/кг |
| | | |
| В | 129 | ПОВТОРНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ЧАСОВ ОТ ПРЕДЫДУЩЕГО: |
| О | А | 4 |
| О | Б | 6 |
| О | В | 8 |
| О | Г | 12 |
| | | |
| В | 130 | ПРИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОМ КОНФЛИКТЕ ВСЛЕДСТВИЕ ГРУППОВОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ У МАТЕРИ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ О (I) ГРУППА КРОВИ, А У ПЛОДА |
| О | А | О (I) |
| О | Б | А (II) |
| О | В | В (III) |
| О | Г | AB(IV) |
| | | |
| В | 131 | ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕДПОСЫЛКОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ГБН ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КАКОГО РЕЗУСА У ПЛОДА ПРИ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ У БЕРЕМЕННОЙ. |
| О | А | резус-отрицательной |
| О | Б | резус-положительный |
| О | В | Нетверногоответа |
| О | Г | Верно А и Б |
| | | |
| В | 132 | КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ВЫДЕЛЯЮТ ПРИ ГБН |

| | | |
|---|-----|--|
| О | А | Отёчная |
| О | Б | Анемическая |
| О | В | Интоксикационная |
| О | Г | Желтушная |
| | | |
| В | 133 | ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНО В МОМЕНТ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУШНО ОКРАШЕННЫЕ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ, ОБОЛОЧКИ ПУПОВИНЫ, ПЕРВОРОДНАЯ СМАЗКА; НАЛИЧИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОТЕКОВ, ВКЛЮЧАЮЩИХ АНАСАРКУ, АСЦИТ, ГИДРОПЕРИКАРД (СООТВЕТСТВИЕ ОТЕЧНОМУ СИНДРОМУ II-III СТЕПЕНИ); ВЫРАЖЕННАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖИ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ; В ЧАСТИ СЛУЧАЕВ - СЛАБОВЫРАЖЕННАЯ ЖЕЛТУХА; ГЕПАТОМЕГАЛИЯ И СПЛЕНОМЕГАЛИЯ. |
| О | А | Желтушная |
| О | Б | Анемическая |
| О | В | Интоксикационная |
| О | Г | Отёчная |
| | | |
| В | 134 | ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНО КРАЙНЕ РЕДКОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ ЖЕЛТУШНО ОКРАШЕННЫЕ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ, ОБОЛОЧКИ ПУПОВИНЫ, ПЕРВОРОДНАЯ СМАЗКА; ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНИЕ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫЙ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, В ТО ВРЕМЯ КАК У ДРУГИХ УВЕЛИЧЕНИЕ ПАЛЬПАТОРНЫХ РАЗМЕРОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ СПУСТЯ 6-12 ЧАСОВ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ; раннее развитие желтухи (от момента рождения до 24 часов жизни); бледность кожи и видимых слизистых оболочек при рождении умеренная, но в ряде случаев быстро нарастает после рождения; |
| О | А | Желтушная |
| О | Б | Анемическая |
| О | В | Интоксикационная |
| О | Г | Отёчная |
| | | |
| В | 135 | ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНО БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ; ВЯЛОСТЬ, ПЛОХОЕ СОСАНИЕ; ТАХИКАРДИЯ ПРИГЛУШЕННОСТЬ ТОНОВ СЕРДЦА; □ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ; ОТСУТСТВИЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ РОЖДЕНИИ; ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ДИНАМИКЕ НАБЛЮДЕНИЯ; СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ - УМЕРЕННАЯ. |
| О | А | Желтушная |
| О | Б | Анемическая |
| О | В | Интоксикационная |
| О | Г | Отёчная |

| | | |
|---|-----|--|
| | | |
| В | 136 | СКОЛЬКО ФАЗ ПРИ БИЛИРУБИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ: |
| О | А | 5 |
| О | Б | 4 |
| О | В | 3 |
| О | Г | 2 |
| | | |
| В | 137 | НА КАКОЙ ФАЗЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС НОСИТ НЕОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР: |
| О | А | 5 |
| О | Б | 4 |
| О | В | 3 |
| О | Г | 2 |
| | | |
| В | 138 | НАЧАЛО - 3-4 СУТКИ ЖИЗНИ/ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПОЯВЛЕНИЕ КЛАССИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ - ПОЗА «ЛЕГАВОЙ СОБАКИ» (ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА С ОПИСТОТОНУСОМ, «НЕГНУЩИМИСЯ» КОНЕЧНОСТЯМИ И СЖАТЫМИ В КУЛАК КИСТЯМИ), ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ, РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ, ГИПЕРТОНУС МЫШЦ, ГИПЕРЕСТЕЗИИ, СУДОРОГ, ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ И РЕЗКИЙ «МОЗГОВОЙ» КРИК, ВЫБУХАНИЕ БОЛЬШОГО РОДНИЧКА; ИСЧЕЗАЮТ РЕФЛЕКС МОРО И ВИДИМАЯ РЕАКЦИЯ НА СИЛЬНЫЙ ЗВУК, СОСАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС; АПНОЭ, БРАДИКАРДИЯ, ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА (НИСТАГМ, СИМПТОМ ГРЕФЕ, СИМПТОМ ЗАХОДЯЩЕГО СОЛНЦА) ДЛЯ КАКОЙ ФАЗЫ ХАРАКТЕРНО: |
| О | А | Выздоровление |
| О | Б | Формирования клинической картины |
| О | В | Мнимого благополучия |
| О | Г | Спастической |
| | | |
| В | 139 | НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ГРУБЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦНС, СПАСТИЧЕСКИЕ ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ, ГРУБАЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА, СНИЖЕНИЕ СЛУХА, ОТСТАВАНИЕ В РАЗВИТИИ, ГИПОПЛАЗИЯ ЗУБНОЙ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ДЛЯ КАКОЙ ФАЗЫ ХАРАКТЕРНО: |
| О | А | Выздоровление |
| О | Б | Формирования клинической картины |
| О | В | Мнимого благополучия |
| О | Г | Спастической |
| | | |
| В | 140 | К КАКОМУ ВИДУ ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА И ФОТОТЕРАПИЯ: |
| О | А | Консервативному |

| | | |
|---|-----|---|
| О | Б | Оперативному |
| О | В | Нет верного ответа |
| О | Г | Верно А и Б |
| | | |
| В | 141 | ДЕЙСТВИЯ ПРИ ОБЩЕМ БИЛИРУБИНЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ(ОБ) 51-68 МКМОЛЬ/Л И НВ 140-160 Г/Л |
| О | А | Наблюдение. Появление желтухи в первые 24 часа жизни-неотложное обследование |
| О | Б | Фототерапия + IgG в/в + наблюдение |
| О | В | Фототерапия+ IgG в/в + наблюдение + готовиться к ОЗПК |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 142 | КАКОЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ФОТОТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАГНОЗОМ ГБН В ВОЗРАСТЕ 24-168 ЧАСОВ ЖИЗНИ С МАССОЙ < 1500: |
| О | А | 85 мкмоль/л |
| О | Б | 140 мкмоль/л |
| О | В | 190 мкмоль/л |
| О | Г | 235 мкмоль/л |
| | | |
| В | 143 | КАКОЙ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА В КРОВИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОЗПК У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАГНОЗОМ ГБН В ВОЗРАСТЕ 24-168 ЧАСОВ ЖИЗНИ С МАССОЙ > 2500: |
| О | А | 220 мкмоль/л |
| О | Б | 275 мкмоль/л |
| О | В | 300 мкмоль/л |
| О | Г | 340 мкмоль/л |
| | | |
| В | 144 | КАКАЯ ДОЗА ИММУНОГЛОБУЛИНА ВВОДИТСЯ ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО: |
| О | А | 0,1-0,4 г/кг |
| О | Б | 0,5-1,0 г/кг |
| О | В | 1,1-1,5 г/кг |
| О | Г | 2-3 г/кг |
| | | |
| В | 145 | ВВЕДЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНА ПРИ ГБН ВОЗМОЖНО В ТЕЧЕНИЕ КАКИХ СУТОК ЖИЗНИ: |
| О | А | 1-х |
| О | Б | 2-х |
| О | В | 3-х |
| О | Г | 4-х |
| | | |
| В | 146 | В КАКОЙ ДОЗЕ ПРОВОДИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ |

| | | |
|---|-----|---|
| | | УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ СИНДРОМЕ ХОЛЕСТАЗА: |
| О | А | 10-15 мг/кг/сут |
| О | Б | 20-30 мг/кг/сут |
| О | В | 40-50 мг/кг/сут |
| О | Г | 70 мг/кг/сут |
| | | |
| В | 147 | ДОНОРСКАЯ КРОВЬ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТЫ ПРИ ОЗПК ДЛЯ ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПЕРЕЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЁТА: |
| О | А | 105-125 мл/кг |
| О | Б | 130-150 мл/кг |
| О | В | 160-180 мл/кг |
| О | Г | 190-210 мл/кг |
| | | |
| В | 148 | СООТНОШЕНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ/ВЗВЕСИ И СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ СОСТАВЛЯЕТ: |
| О | А | 1:1 |
| О | Б | 2:1 |
| О | В | 1:2 |
| О | Г | 2:2 |
| | | |
| В | 149 | В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА ПОСЛЕ ОЗПК ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ЧАСОВ: |
| О | А | 4 |
| О | Б | 8 |
| О | В | 12 |
| О | Г | 16 |
| | | |
| В | 150 | ЭФФЕКТИВЕН ЛИ ФЕНОБАРБИТАЛ ПРИ ГБН: |
| О | А | Да |
| О | Б | Нет |
| О | В | Нет верного ответа |
| О | Г | Верно А и Б |
| | | |
| В | 151 | ПРИЧИНАМИ ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В ЖЕЛУДОЧНОМ АСПИРАТЕ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ВСЕ КРОМЕ: |
| О | А | травматизация слизистой пищевода и желудка зондом |
| О | Б | геморрагическая болезнь новорожденного |
| О | В | тяжелая асфиксия в родах |
| О | Г | гемофилия |
| | | |
| В | 152 | ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ВСЕ КРОМЕ: |
| О | А | подсчет тромбоцитов |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | Б | определение уровня фибриногена |
| <input type="radio"/> | В | проведение пробы Апта |
| <input type="radio"/> | Г | определение активированного частичного тромбопластинового времени |
| | | |
| В | 153 | ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ В СТУЛЕ БОЛЬШОЙ ПРИМЕСИ КРОВИ (МЕЛЕНЫ) МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ КРОМЕ: |
| <input type="radio"/> | А | язвенно-некротизирующий энтероколит |
| <input type="radio"/> | Б | геморрагическая болезнь новорожденного |
| <input type="radio"/> | В | ДВС-синдром |
| <input type="radio"/> | Г | трещины сосков у матери |
| | | |
| В | 154 | К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ВСЕ КРОМЕ: |
| <input type="radio"/> | А | вздутие с локальной болезненностью живота |
| <input type="radio"/> | Б | рвота с желчью |
| <input type="radio"/> | В | отсутствие перистальтики |
| <input type="radio"/> | Г | частый стул с патологическими примесями |
| | | |
| В | 155 | К ОСОБЕННОСТЯМ ПИЩЕВАРЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ: |
| <input type="radio"/> | А | низкую усвояемость пищевых ингредиентов |
| <input type="radio"/> | Б | низкую активность ферментов поджелудочной железы |
| <input type="radio"/> | В | сниженный синтез желчных кислот печенью |
| <input type="radio"/> | Г | нейтральную реакцию желудочного сока |
| | | |
| В | 156 | САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | асфиксия в родах |
| <input type="radio"/> | Б | нарушение колонизационной резистентности кишечника |
| <input type="radio"/> | В | вирусная инфекция |
| <input type="radio"/> | Г | бактериальная инфекция |
| | | |
| В | 157 | КАКОГО ЦВЕТА ЗРЕЛЫЙ СТУЛ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ: |
| <input type="radio"/> | А | черный |
| <input type="radio"/> | Б | темно-зеленый |
| <input type="radio"/> | В | ярко-желтый |
| <input type="radio"/> | Г | серый с мелкими комочками зеленого цвета |
| | | |
| В | 158 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ УГЛЕВОДОВ В КАЛЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | первичный генетический дефект |
| <input type="radio"/> | Б | транзиторная лактазная недостаточность как результат незрелости |
| <input type="radio"/> | В | вторичная лактазная недостаточность, развившаяся на фоне затяжных |

| | | |
|---|-----|--|
| | | кишечных инфекций |
| О | Г | диета, богатая углеводами |
| | | |
| В | 159 | ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ КРОМЕ: |
| О | А | клинические симптомы проявляются в возрасте 2-4 нед. |
| О | Б | ведущим симптомом заболевания бывает рвота «фонтаном» без примеси желчи, которая возникает через некоторое время после кормления |
| О | В | наиболее достоверным неинвазивным методом инструментальной диагностики считают УЗИ брюшной полости |
| О | Г | живот большой, распластаный – «лягушачий» |
| | | |
| В | 160 | ПРИЧИНАМИ ПОЯВЛЕНИЯ КРОВИ В СТУЛЕ У НОВОРОЖДЕННОГО МОГУТ БЫТЬ: |
| О | А | геморрагическая болезнь новорожденного |
| О | Б | заглатывание материнской крови во время родов |
| О | В | гемофилия |
| О | Г | перфорация прямой кишки |
| | | |
| В | 161 | ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЛАКТОЗЫ НОВОРОЖДЕННОМУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СМЕСЕЙ: |
| О | А | низколактозных |
| О | Б | с низкой степенью гидролиза белка |
| О | В | с высокой степенью гидролиза белка |
| О | Г | безглютеновых смесей |
| | | |
| В | 162 | ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННОГО: |
| О | А | кормление ребенка «по требованию» |
| О | Б | позднее прикладывание к груди |
| О | В | ночные кормления ребенка |
| О | Г | назначение докорма |
| | | |
| В | 163 | ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МЕТЕОРИЗМА И СВЯЗАННЫХ С НИМ КИШЕЧНЫХ КОЛИК ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ: |
| О | А | сухого тепла на живот |
| О | Б | эспумизана |
| О | В | сернокислой магнезии |
| О | Г | церукала |
| | | |
| В | 164 | РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ И АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИМЕЕТ: |
| О | А | характер рвоты |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | Б | степень дистрофии |
| <input type="radio"/> | В | степень эксикоза |
| <input type="radio"/> | Г | КОС |
| | | |
| В | 165 | ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ ПРИЗНАКОВ: |
| <input type="radio"/> | А | эксикоз |
| <input type="radio"/> | Б | токсикоз |
| <input type="radio"/> | В | белково-энергетическая недостаточность |
| <input type="radio"/> | Г | диарея |
| | | |
| В | 166 | ДЛЯ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ МУКОВИСЦИДОЗА ХАРАКТЕРЕН СТУЛ: |
| <input type="radio"/> | А | кашицеобразный с белыми комочками и слизью |
| <input type="radio"/> | Б | водянистый, трескучий, кислый |
| <input type="radio"/> | В | жирный, зловонный, разжиженный |
| <input type="radio"/> | Г | частый, жидкий с мутной слизью и зеленью |
| | | |
| В | 167 | БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО НЕЙТРАЛЬНОГО ЖИРА И ЕГО ПРЕОБЛАДАНИЕ НАД ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ В КОПРОГРАММЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ: |
| <input type="radio"/> | А | при лактазной недостаточности |
| <input type="radio"/> | Б | при муковисцидозе |
| <input type="radio"/> | В | при экссудативной энтеропатии |
| <input type="radio"/> | Г | при целиакии |
| | | |
| В | 168 | ОЦЕНИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА: НЕЙТРАЛЬНЫЙ ЖИР (-), ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ (++++), МЫЛА (++) , ЙОДОФИЛЬНАЯ ФЛОРА (++) |
| <input type="radio"/> | А | нарушено полостное пищеварение |
| <input type="radio"/> | Б | нарушен мембранный гидролиз |
| <input type="radio"/> | В | нарушен этап всасывания |
| <input type="radio"/> | Г | вариант нормы |
| | | |
| В | 169 | ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМУ РЕФЛЮКСУ У НОВОРОЖДЕННЫХ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ КРОМЕ: |
| <input type="radio"/> | А | слабая выраженность изгибов пищевода |
| <input type="radio"/> | Б | недостаточность кардиального отдела желудка |
| <input type="radio"/> | В | гипертонусантрального отдела желудка |
| <input type="radio"/> | Г | слабость сфинктерного аппарата кишечника |
| | | |
| В | 170 | УКАЖИТЕ, КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС СООТВЕТСТВУЕТ КИШЕЧНОЙ ФОРМЕ МУКОВИСЦИДОЗА: |
| <input type="radio"/> | А | белково-энергетическая недостаточность, зловонный жирный стул |
| <input type="radio"/> | Б | эксикоз, токсикоз, частый со слизью, зеленью и кровью стул |

| | | |
|---|-----|--|
| О | В | водянистый, кислый и трескучий стул, гипотрофия при сохранении аппетита |
| О | Г | вздутие живота, склонность к запорам коричневый, с неприятным запахом стул |
| | | |
| В | 171 | К ОСОБЕННОСТЯМ ПИЩЕВАРЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ ВСЕ КРОМЕ: |
| О | А | превалирование внутриклеточного и мембранного пищеварения |
| О | Б | грудное молоко содержит в своем составе дисахаридазы |
| О | В | относительно большая длина кишечника по сравнению с поверхностью всасывания |
| О | Г | высокая активность полостного пищеварения |
| | | |
| В | 172 | ПРИЧИНАМИ ЗАДЕРЖКИ ОТХОЖДЕНИЯ МЕКОНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ КРОМЕ: |
| О | А | атрезия кишечника |
| О | Б | болезнь Гиршпрунга |
| О | В | мекониальный илеус |
| О | Г | врожденная низкая кишечная непроходимость |
| | | |
| В | 173 | ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | гипоксия в родах |
| О | Б | отсасывание слизи из желудка сразу после рождения |
| О | В | проведение реанимационных мероприятий в родильном зале |
| О | Г | отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни |
| | | |
| В | 174 | ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ: |
| О | А | пилороспазм |
| О | Б | халазия пищевода |
| О | В | высокая кишечная непроходимость |
| О | Г | некротизирующий энтероколит |
| | | |
| В | 175 | УКАЖИТЕ, КАКОЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС СООТВЕТСТВУЕТ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: |
| О | А | гипотрофия, зловонный жирный стул |
| О | Б | эксикоз, токсикоз, частый со слизью, зеленью и кровью стул |
| О | В | водянистый, кислый и трескучий стул, гипотрофия при сохранении аппетита |
| О | Г | вздутие живота, склонность к запорам коричневый, с неприятным запахом стул |
| | | |

| | | |
|---|-----|--|
| В | 176 | ДЛЯ ТЕТРАДЫФАЛЛО В ФАЗУ ПЕРВИЧНОЙ АДАПТАЦИИ ТИПИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯ ВСЕ КРОМЕ: |
| О | А | одышечно-цианотические приступы. |
| О | Б | частые бронхолегочные заболевания.+ |
| О | В | полицитемия. |
| О | Г | релятивная анемия. |
| | | |
| В | 177 | СИНДРОМ ЛЮТЕМБАХЕРА ЭТО: |
| О | А | сочетание дефекта межпредсердной перегородки со стенозом митрального клапана |
| О | Б | фактически полное отсутствие межпредсердной перегородки; |
| О | В | сочетание дефекта межпредсердной перегородки со стенозом легочной артерии |
| О | Г | сочетание дефекта межпредсердной перегородки с дефектом межжелудочковой перегородки. |
| | | |
| В | 178 | ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА: |
| О | А | локализацией |
| О | Б | размерами |
| О | В | наличием сброса крови |
| О | Г | клиническими проявлениями |
| | | |
| В | 179 | КЛАССИФИКАЦИЯ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОСНОВАНА НА: |
| О | А | гемодинамической выраженности порока; |
| О | Б | локализации стеноза |
| О | В | клинической выраженности порока |
| О | Г | степени сужения выводного тракта правого желудочка |
| | | |
| В | 180 | ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ: |
| О | А | гиповолемии малого круга кровообращения |
| О | Б | гиперволемии малого круга кровообращения |
| О | В | гиповолемии большого круга кровообращения |
| О | Г | гиперволемии большого круга кровообращения |
| | | |
| В | 181 | ПРИ ИНТРАКАРДИАЛЬНОМ ТИПЕ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН ПОСЛЕДНИЕ ВПАДАЮТ В: |
| О | А | верхнюю полую вену |
| О | Б | нижнюю полую вену |
| О | В | правое предсердие |
| О | Г | безымянную вену |
| | | |

| | | |
|---|-----|--|
| В | 182 | ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМ СБРОСОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ПЕРЕГРУЗКА: |
| О | А | правого желудочка |
| О | Б | левого желудочка |
| О | В | обоих желудочков |
| О | Г | правого предсердия |
| | | |
| В | 183 | ДЛЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ДС БОЛЬШИМ АРТЕРИОВЕНОЗНЫМ СБРОСОМ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА: |
| О | А | систолический шум |
| О | Б | диастолический шум; |
| О | В | систолидиастолический шум |
| О | Г | шум Грехем-Стила |
| | | |
| В | 184 | ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ: |
| О | А | первого месяца эмбриогенеза |
| О | Б | первых двух месяцев эмбриогенеза |
| О | В | всего периода развития плода |
| О | Г | формирование порока происходит после рождения |
| | | |
| В | 185 | НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ВЛИЯЮТ: |
| О | А | генетические факторы |
| О | Б | физические и химические факторы |
| О | В | генетические факторы и окружающая среда |
| О | Г | все вышеперечисленное |
| | | |
| В | 186 | ИЗ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ: |
| О | А | единый мутантный ген |
| О | Б | хромосомные нарушения; |
| О | В | мультифакториальное наследование. |
| О | Г | нет правильного ответа |
| | | |
| В | 187 | ПРИ РАЗВИТИИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ПРИЕМ: |
| О | А | лекарственных препаратов |
| О | Б | наркотических препаратов |
| О | В | гормональных препаратов |
| О | Г | всего вышеперечисленного |
| | | |
| В | 188 | НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| | | ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | аускультация |
| <input type="radio"/> | Б | электрокардиография |
| <input type="radio"/> | В | рентгенологическое исследование |
| <input type="radio"/> | Г | эхокардиография |
| | | |
| В | 189 | ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ТЕТРАДЕФАЛЛО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | нормальным легочным кровотоком |
| <input type="radio"/> | Б | усилением легочного кровотока |
| <input type="radio"/> | В | гипертензией малого круга кровообращения; |
| <input type="radio"/> | Г | обеднением легочного кровотока; |
| | | |
| В | 190 | ИЗ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЧАЩЕ ВСЕГО САМОПРОИЗВОЛЬНО ЗАКРЫВАЮТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | небольшие мышечные дефекты |
| <input type="radio"/> | Б | дефекты мембранозной части перегородки |
| <input type="radio"/> | В | подаортальные дефекты; |
| <input type="radio"/> | Г | подлёгочные дефекты |
| | | |
| В | 191 | НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | аускультация |
| <input type="radio"/> | Б | рентгенологическое исследование |
| <input type="radio"/> | В | эхокардиография |
| <input type="radio"/> | Г | ангиокардиография. |
| | | |
| В | 192 | ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ МОЖЕТ БЫТЬ АФОНИЧНЫМ ПРИ: |
| <input type="radio"/> | А | небольшом артериовенозном сбросе крови |
| <input type="radio"/> | Б | веноартериальном сбросе крови |
| <input type="radio"/> | В | перекрестном сбросе крови |
| <input type="radio"/> | Г | ни при одном из перечисленных факторов |
| | | |
| В | 193 | НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | катетеризация правых отделов сердца |
| <input type="radio"/> | Б | ангиокардиография их правых отделов сердца |
| <input type="radio"/> | В | аортография |
| <input type="radio"/> | Г | левая вентрикулография |
| | | |
| В | 194 | ПРИ НЕБОЛЬШОМ ДИАМЕТРЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ОПЕРАЦИЯ: |
| <input type="radio"/> | А | перевязка протока |
| <input type="radio"/> | Б | пересечение протока с ушиванием концов |

| | | |
|---|-----|---|
| О | В | перевязка протока с прошиванием |
| О | Г | эндоваскулярная эмболизация протока |
| | | |
| В | 195 | ПРИ ДИАМЕТРЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА БОЛЕЕ 5 ММ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ: |
| О | А | перевязка протока |
| О | Б | пересечение протока с ушиванием концов |
| О | В | перевязка протока с прошиванием |
| О | Г | эндоваскулярная эмболизация протока |
| | | |
| В | 196 | ПРИ КАКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА МОЖЕТ БЫТЬ СНИЖЕНО НАСЫЩЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ: 1) ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ; 2) ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ; 3) ТЕТРАДАФАЛЛО; 4) КРИТИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ; ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ: |
| О | А | 1,2 |
| О | Б | 3,4 |
| О | В | 2,3,4 |
| О | Г | 1,2,3,4 |
| | | |
| В | 197 | ТИПИЧНАЯ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ: |
| О | А | грубого систолического шума слева от грудины |
| О | Б | грубого диастолического шума справа от грудины |
| О | В | мягкого систолического шума во 2 – 3 межреберьях слева от грудины |
| О | Г | систолодиастолического шума слева от грудины |
| | | |
| В | 198 | ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У РЕБЕНКА ДО ОДНОГО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | большой сброс крови через дефект; |
| О | Б | нарастающая легочная гипертензия |
| О | В | частые респираторные заболевания |
| О | Г | все перечисленные факторы |
| | | |
| В | 199 | АКЦЕНТ ВТОРОГО ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ: |
| О | А | большого артериовенозного сброса крови |
| О | Б | веноартериального сброса крови |
| О | В | легочной гипертензии |
| О | Г | не зависит от степени легочной гипертензии. |
| | | |

| | | |
|---|-----|---|
| В | 200 | КАКОЙ ТИП ПРОТЕЗА НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ДЕТЯМ В АОРТАЛЬНУЮ ПОЗИЦИЮ: |
| О | А | Шариковый |
| О | Б | Дисковый |
| О | В | Двухстворчатый |
| О | Г | Биологический |
| | | |
| В | 201 | АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ЖИЗНИ: |
| О | А | отсутствие дыхания у ребенка, имеющего хотя бы один признак жизнедеятельности |
| О | Б | затрудненное дыхание |
| О | В | угнетение безусловной нервно-рефлекторной деятельности |
| О | Г | отсутствие реакции |
| | | |
| В | 202 | ПРИЧИНОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | острая гипоксия плода |
| О | Б | хроническая гипоксия плода |
| О | В | тромбоцитопения |
| О | Г | ни один не верный |
| | | |
| В | 203 | ГИПОКСИЯ ПЛОДА, ПРИВОДЯЩАЯ К АСФИКСИИ, РАЗВИВАЕТСЯ: |
| О | А | антенатально |
| О | Б | интранатально |
| О | В | перинатально |
| О | Г | все перечисленные |
| | | |
| В | 204 | ОГРАНИЧЕНИЕ ПОСТУПЛЕНИЯ КРОВИ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ МАТЕРИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ У МАТЕРИ: |
| О | А | дыхательной системы |
| О | Б | сердечно-сосудистой системы |
| О | В | кровотворной системы |
| О | Г | иммунной системы |
| | | |
| В | 205 | НАРУШЕНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ ПРИВОДЯТ К |
| О | А | ограничение поступления кислорода к плоду |
| О | Б | уменьшение кровотока через сосуды почек плода |
| О | В | ускорение кровотока через сосуды сердца и головного мозга |
| О | Г | снижение тонуса сосудов у плода |
| | | |
| В | 206 | ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА РАЗВИВАЮТСЯ КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ: |
| О | А | уменьшение частоты сердечных сокращений |
| О | Б | увеличение частоты сердечных сокращений |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | В | увеличение сердечного выброса |
| <input type="radio"/> | Г | снижение частоты дыхательных движений |
| | | |
| В | 207 | ПРИ КРАТКОВРЕМЕННОМ ПРИСТУПЕ ГИПОКСИИ У РЕБЕНКА РАЗВИВАЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | включаются компенсаторные реакции сердечно-сосудистой системы |
| <input type="radio"/> | Б | клеточный метаболизм не меняется |
| <input type="radio"/> | В | клеточный метаболизм меняется |
| <input type="radio"/> | Г | отключаются компенсаторные реакции |
| | | |
| В | 208 | ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА РАЗВИВАЮТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | образование энергии в клетках переключается на анаэробный гликолиз |
| <input type="radio"/> | Б | выделяется большое количество недоокисленных продуктов |
| <input type="radio"/> | В | снижение рН крови ниже физиологических значений |
| <input type="radio"/> | Г | усугубляется внутриклеточный метаболизм |
| | | |
| В | 209 | К ПРЕНАТАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ОТНОСЯТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | поздний гестоз |
| <input type="radio"/> | Б | кровотечения во 2 и 3 триместрах |
| <input type="radio"/> | В | употребление матерью наркотиков, алкоголя |
| <input type="radio"/> | Г | многоплодная беременность |
| | | |
| В | 210 | К ИНТРАНАТАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ОТНОСЯТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | выпадение петель пуповины |
| <input type="radio"/> | Б | аномалии родовой деятельности |
| <input type="radio"/> | В | сахарный диабет у матери |
| <input type="radio"/> | Г | предлежание плаценты |
| | | |
| В | 211 | ТЯЖЕСТЬ АСФИКСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ: |
| <input type="radio"/> | А | лабораторной оценки кислотно-основного состояния крови |
| <input type="radio"/> | Б | нейросонографии |
| <input type="radio"/> | В | Объективной оценки состояния дыхательной, сердечно-сосудистой систем и ЦНС |
| <input type="radio"/> | Г | частоты дыхания |
| | | |
| В | 212 | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСФИКСИИ: |
| <input type="radio"/> | А | повышение нервно-рефлекторной возбудимости |
| <input type="radio"/> | Б | снижение нервно-рефлекторной возбудимости |
| <input type="radio"/> | В | брадикардия |
| <input type="radio"/> | Г | бледность кожных покровов |
| | | |
| В | 213 | ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АСФИКСИИ: |
| <input type="radio"/> | А | шкала Апгар |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Б | шкала Дубовича |
| О | В | шкала Сильвермана |
| О | Г | шкала Сулковича |
| | | |
| В | 214 | ОБ ОТСУТСТВИИ АСФИКСИИ ЧЕРЕЗ 1 МИНУТУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОЦЕНКА ПО АПГАР: |
| О | А | 6 баллов и более |
| О | Б | 7 баллов и более |
| О | В | 8 баллов и более |
| О | Г | 5 баллов и более |
| | | |
| В | 215 | ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР НА 1 МИНУТЕ: |
| О | А | 4-5 баллов |
| О | Б | 1-3 балла |
| О | В | 6-7 баллов |
| О | Г | 8-9 баллов |
| | | |
| В | 216 | ПРИЗНАКИ ЖИВОРОЖДЕННОСТИ: |
| О | А | самостоятельное дыхание |
| О | Б | сердцебиение |
| О | В | пульсация пуповины |
| О | Г | произвольные движения мышц |
| | | |
| В | 217 | РЕБЕНОК СЧИТАЕТСЯ МЕРТВОРОЖДЕННЫМ И РЕАНИМАЦИИ НЕ ПОДЛЕЖИТ ПРИ: |
| О | А | отсутствии трех признаков живорожденности |
| О | Б | отсутствии всех признаков живорожденности |
| О | В | Отсутствии дыхания |
| О | Г | Отсутствия пульсации пуповины |
| | | |
| В | 218 | ОСНОВНЫЕ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АСФИКСИИ: |
| О | А | Восстановление проходимости дыхательных путей (начальные мероприятия) |
| О | Б | ИВЛ |
| О | В | непрямой массаж сердца |
| О | Г | введение адреналина |
| | | |
| В | 219 | КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: |
| О | А | регулярное самостоятельное дыхание |
| О | Б | ЧСС более 80 ударов в минуту |
| О | В | ЧСС более 100 ударов в минуту |
| О | Г | крик |
| | | |

| | | |
|---|-----|---|
| В | 220 | КАКУЮ МАССУ ИМЕЕТ ПЛАЦЕНТА ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: |
| О | А | 500 - 600 г |
| О | Б | 800 - 900 г |
| О | В | 900 - 1000 г |
| О | Г | 1000 - 1100 г |
| | | |
| В | 221 | ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | экскреторная |
| О | Б | барьерная |
| О | В | трофическая |
| О | Г | все перечисленные |
| | | |
| В | 222 | КОЛИЧЕСТВО ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В КОНЦЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНО БЫТЬ: |
| О | А | 500 - 800 мл |
| О | Б | 900 - 1200 мл |
| О | В | 1300 - 1600 мл |
| О | Г | 1700 - 2000 мл |
| | | |
| В | 223 | ВАЖНОЙ ФУНКЦИЕЙ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | защита плода от механического воздействия, |
| О | Б | экскреторная |
| О | В | обеспечение периода раскрытия в родах |
| О | Г | все перечисленное. |
| | | |
| В | 224 | ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БЕРЕМЕННОЙ МНОГОВОДИЯ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ: |
| О | А | о внутриутробной гипоксии |
| О | Б | о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода |
| О | В | о гемолитической болезни плода |
| О | Г | о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, о гемолитической болезни плода. |
| | | |
| В | 225 | К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ: |
| О | А | экстрагенитальная патология |
| О | Б | Многоплодие |
| О | В | наследственность, отягощенная гипертоническим синдромом |
| О | Г | все перечисленное |
| | | |
| В | 226 | ДЛЯ ГЕСТОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ: |
| О | А | хроническая или подострая формы ДВС-синдрома, |
| О | Б | генерализованный спазм артериол |
| О | В | нарушения плодовой гемодинамики |
| О | Г | все перечисленное |

| | | |
|---|-----|---|
| | | |
| В | 227 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | асфиксия |
| О | Б | синдром аспирации |
| О | В | тяжелые метаболические нарушения |
| О | Г | декомпенсация сердечно-сосудистой системы. |
| | | |
| В | 228 | УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НВФ В КРОВОТОКЕ МАТЕРИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: |
| О | А | хронической в/у гипоксии, |
| О | Б | острой гипоксии, |
| О | В | отслойке плаценты фетоматеринской трансфузии |
| О | Г | фетоплацентарной недостаточности, |
| | | |
| В | 229 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | острые инфекционные заболевания в период беременности |
| О | Б | хронические экстрагенитальные заболевания |
| О | В | гинекологические заболевания |
| О | Г | эндокринные нарушения в организме женщины |
| | | |
| В | 230 | АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | железодефицитной, |
| О | Б | гемолитической |
| О | В | гипопластической |
| О | Г | фолиеводефицитной |
| | | |
| В | 231 | ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К: |
| О | А | выкидышу |
| О | Б | недоношенности |
| О | В | формированию дефектов нервной трубки |
| О | Г | всему вышеперечисленному |
| | | |
| В | 232 | КАКАЯ ДОЛЯ ОБЩЕГО ОБЪЕМА КРОВИ, ПРИТЕКАЮЩЕЙ К ПЛОДУ ПО ПУПОЧНОЙ ВЕНЕ, ИДЕТ В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ ЧЕРЕЗ АРАНЦИЕВ ПРОТОК, МИНУЯ ПЕЧЕНЬ: |
| О | А | 10% |
| О | Б | 20% |
| О | В | 30% |
| О | Г | 50% |
| | | |
| В | 233 | ДОЛЯ КРОВИ, ВЫБРАСЫВАЕМАЯ ЖЕЛУДОЧКАМИ ПЛОДА В ЛЕГКИЕ СОСТАВЛЯЕТ: |

| | | |
|---|-----|--|
| О | А | до 10% |
| О | Б | до 15% |
| О | В | до 20% |
| О | Г | до 30% |
| | | |
| В | 234 | УКАЖИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ ШУНТИРОВАНИЯ КРОВИ ЧЕРЕЗ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК У ПЛОДА: |
| О | А | лево-правое, |
| О | Б | право-левое |
| О | В | двухстороннее, |
| О | Г | из большого в малый круг кровообращения |
| | | |
| В | 235 | В УСЛОВИЯХ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПРИ СНИЖЕНИИ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА У ПЛОДА МАКСИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КРОВотоКА СОХРАНЯЕТСЯ В СОСУДАХ: |
| О | А | легких |
| О | Б | почек |
| О | В | головного мозга |
| О | Г | пуповины |
| | | |
| В | 236 | САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | аускультация сердцебиений плода, |
| О | Б | кардиотокография |
| О | В | УЗ фетометрия |
| О | Г | УЗ доплерометрия |
| | | |
| В | 237 | ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО УЗИ ВО 2-М ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ: |
| О | А | 14 - 16 нед |
| О | Б | 16 - 18 нед |
| О | В | 18 - 20 нед |
| О | Г | 20 - 24 нед |
| | | |
| В | 238 | ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ 3-Й СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ НА СРОКАХ: |
| О | А | до 36 нед |
| О | Б | после 37 нед |
| О | В | до 38 нед |
| О | Г | до 40 нед, |
| | | |
| В | 239 | КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ УСКОРЯЕТ СОЗРЕВАНИЕ ЛЕГКИХ ПЛОДА: |
| О | А | партусистен, |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | Б | дексаметазон |
| <input type="radio"/> | В | изоптин |
| <input type="radio"/> | Г | парлодел. |
| | | |
| В | 240 | ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | низкий рост и вес при рождении, черепно-лицевой дизморфизм |
| <input type="radio"/> | Б | ВПС, глухота, гипотрофия |
| <input type="radio"/> | В | ВПС, синдром каудальной регрессии, полидактилия |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы правильные |
| | | |
| В | 241 | КУРЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА: |
| <input type="radio"/> | А | недоношенного, |
| <input type="radio"/> | Б | с симметричным типом гипотрофии |
| <input type="radio"/> | В | с множественными стигмами дизэмбриогенеза |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы правильные |
| | | |
| В | 242 | У РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ МАТЕРИ, УПОТРЕБЛЯЮЩЕЙ НАРКОТИКИ, ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ: |
| <input type="radio"/> | А | задержка внутриутробного развития (ЗВУР), |
| <input type="radio"/> | Б | синдрома отмены |
| <input type="radio"/> | В | задержки созревания костной системы |
| <input type="radio"/> | Г | все перечисленное |
| | | |
| В | 243 | ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ У ПЛОДА: |
| <input type="radio"/> | А | гипоплазии pancreas |
| <input type="radio"/> | Б | гиперплазии pancreas |
| <input type="radio"/> | В | гиперплазии β -клеток островков Лангерганса при сохранной pancreas |
| <input type="radio"/> | Г | Гликогеноза |
| | | |
| В | 244 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | интранатальная гипоксия плода |
| <input type="radio"/> | Б | родовая травма, |
| <input type="radio"/> | В | синдром аспирации мекония |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны |
| | | |
| В | 245 | МНОГОВОДИЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | с изоиммунизацией плода |
| <input type="radio"/> | Б | с пороками ЦНС, |
| <input type="radio"/> | В | с внутриутробной инфекцией |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны. |
| | | |
| В | 246 | ВПС ПЛОДА ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С: |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | А | пороками ЦНС |
| <input type="radio"/> | Б | хромосомными аномалиями |
| <input type="radio"/> | В | пороками руки |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны |
| | | |
| В | 247 | ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ (ЗВУР) ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | Гестоз |
| <input type="radio"/> | Б | многоплодная беременность |
| <input type="radio"/> | В | экстаргенитальная патология |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны |
| | | |
| В | 248 | ДЛЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙМОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | одна плацента, плода разного пола |
| <input type="radio"/> | Б | две плаценты, плоды одинакового пола |
| <input type="radio"/> | В | две плаценты, плоды разного пола |
| <input type="radio"/> | Г | одна плацента, плоды одинакового пола |
| | | |
| В | 249 | ДЛЯ ДИХОРИАЛЬНОЙДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | одна плацента, плода разного пола, |
| <input type="radio"/> | Б | две плаценты, плоды одинакового пола |
| <input type="radio"/> | В | две плаценты, плоды разного пола |
| <input type="radio"/> | Г | одна плацента, плоды одинакового пола. |
| | | |
| В | 250 | СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ВКЛЮЧАЮТ: |
| <input type="radio"/> | А | кардиотокография |
| <input type="radio"/> | Б | гормональные исследования |
| <input type="radio"/> | В | доплерометрияматеринско-плацентарного и фето-плацентарного кровотоков |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны |
| | | |
| В | 251 | ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛОДА ПРИ АНАЛИЗЕ КАРДИОТОКОГРАММЫ УЧИТЫВАЮТ: |
| <input type="radio"/> | А | базальный ритм |
| <input type="radio"/> | Б | вариабельность ритма |
| <input type="radio"/> | В | наличие и число акцеллераций |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны |
| | | |
| В | 252 | ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ ПО CLIFFORD ОСНОВЫВАЕТСЯ НА: |
| <input type="radio"/> | А | цвете кожных покровов |
| <input type="radio"/> | Б | количестве околоплодных вод |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | В | тургоре кожи |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны. |
| | | |
| В | 253 | ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ТОКОЛИЗА СВЯЗАН С: |
| <input type="radio"/> | | снижением тонуса миометрия |
| <input type="radio"/> | Б | вазодилатирующим эффектом |
| <input type="radio"/> | В | снижением резистентности сосудов |
| <input type="radio"/> | Г | все ответы верны |
| | | |
| В | 254 | С КАКОЙ ЦЕЛЬЮ ВВОДЯТСЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ: |
| <input type="radio"/> | А | снижения сократительной деятельности матки |
| <input type="radio"/> | Б | стимуляции сократительной деятельности матки, |
| <input type="radio"/> | В | предупреждения преждевременного излития околоплодных вод |
| <input type="radio"/> | Г | профилактики дыхательной недостаточности новорожденного |
| | | |
| В | 255 | ЖЕЛТОК КУРИНОГО ЯЙЦА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В РАЦИОН РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ: |
| <input type="radio"/> | А | 5 месяцев |
| <input type="radio"/> | Б | 7 месяцев |
| <input type="radio"/> | В | 10 месяцев |
| <input type="radio"/> | Г | 12 месяцев |
| | | |
| В | 256 | КОЛИЧЕСТВО САХАРА, ДОБАВЛЯЕМОГО В ПИЩУ, ДЛЯ РЕБЕНКА К ВОЗРАСТУ 1 ГОДА, В СУТКИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ: |
| <input type="radio"/> | А | 50 г |
| <input type="radio"/> | Б | 75 г |
| <input type="radio"/> | В | 25 г |
| <input type="radio"/> | Г | 10 г |
| | | |
| В | 257 | КРАТНОСТЬ ДНЕВНЫХ КОРМЛЕНИЙ НА МОМЕНТ ВВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ПРИКОРМА В РАЦИОН РЕБЕНКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ: |
| <input type="radio"/> | А | 6 раз |
| <input type="radio"/> | Б | 7 раз |
| <input type="radio"/> | В | 5 раз |
| <input type="radio"/> | Г | 8 раз |
| | | |
| В | 258 | КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПОГАЛАКТИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: |
| <input type="radio"/> | А | жажды |
| <input type="radio"/> | Б | сниженных прибавок в массе тела |
| <input type="radio"/> | В | редких мочеиспусканий |
| <input type="radio"/> | Г | редкого стула Вздутия живота |
| | | |
| В | 259 | КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| | | ПРОВЕСТИ КАК МОЖНО БЫСТРЕЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГИПОГАЛАКТИЮ?: |
| <input type="radio"/> | А | добавить в рацион искусственные молочные смеси |
| <input type="radio"/> | Б | ввести в рацион ребенка каши и овощи |
| <input type="radio"/> | В | сцеживать молоко «до последней капли» и давать его ребенку из рожка, используя упругую соску; |
| <input type="radio"/> | Г | провести контрольное кормление |
| | | |
| В | 260 | ДОКОРМ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ДАВАТЬ РЕБЕНКУ: |
| <input type="radio"/> | А | заменяя им отдельные кормления |
| <input type="radio"/> | Б | в начале каждого из кормлений, перед кормлением грудью; |
| <input type="radio"/> | В | в каждое кормление по завершении кормления грудью |
| <input type="radio"/> | Г | только в самое первое и последнее кормления |
| | | |
| В | 261 | В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ОСНОВНОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ВЫСОКОАДАПТИРОВАННЫМИ МОЛОЧНЫМИ СМЕСЯМИ И «ПОСЛЕДУЮЩИМИ ФОРМУЛАМИ» /СМЕСЯМИ ГРУППЫ «FOLLOWUP»?/ |
| <input type="radio"/> | А | в качестве углеводного компонента |
| <input type="radio"/> | Б | в составе жирового компонента |
| <input type="radio"/> | В | в составе витаминов |
| <input type="radio"/> | Г | в качестве белкового компонента |
| | | |
| В | 262 | ЖИРОВОЙ КОМПОНЕНТ В СМЕСЯХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОЛИЗА БЕЛКА В ОСНОВНОМ ПРЕДСТАВЛЕН: |
| <input type="radio"/> | А | среднецепочечными триглицеридами |
| <input type="radio"/> | Б | Фосфолипидами |
| <input type="radio"/> | В | свободными жирными кислотами |
| <input type="radio"/> | Г | насыщенными жирными кислотами |
| | | |
| В | 263 | УГЛЕВОДНЫЙ КОМПОНЕНТ СМЕСЕЙ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОЛИЗА БЕЛКА МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ ВСЕ, КРОМЕ: |
| <input type="radio"/> | А | лактозы и сахарозы |
| <input type="radio"/> | Б | модифицированного крахмала и фруктозы |
| <input type="radio"/> | В | фруктозы и крахмала |
| <input type="radio"/> | Г | декстрин-мальтозы и глюкозы |
| | | |
| В | 264 | КАКИЕ ИСКУССТВЕННЫЕ СМЕСИ НАЗЫВАЮТСЯ «ПОЛУЭЛЕМЕНТНЫМИ»?: |
| <input type="radio"/> | А | смеси для кормления детей второго полугодия первого года жизни; |
| <input type="radio"/> | Б | смеси с высокой степенью гидролиза белка; |
| <input type="radio"/> | В | смеси с невысокой степенью гидролиза белка; |
| <input type="radio"/> | Г | смеси на основе изолята белка сои; |
| | | |
| В | 265 | ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕВОДА НА ИСКУССТВЕННОЕ |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| | | ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ: |
| <input type="radio"/> | А | смеси на основе изолятов белка сои |
| <input type="radio"/> | Б | смеси с высокой степенью гидролиза белка |
| <input type="radio"/> | В | адаптированные кисломолочные смеси |
| <input type="radio"/> | Г | смеси с невысокой степенью гидролиза белка |
| | | |
| В | 266 | НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ РЕБЕНКОМ КОФЕ ДО ВОЗРАСТА: |
| <input type="radio"/> | А | 5 лет |
| <input type="radio"/> | Б | 7 лет; |
| <input type="radio"/> | В | 2 лет |
| <input type="radio"/> | Г | 10 лет |
| | | |
| В | 267 | СОСИСКАМИ И САРДЕЛЬКАМИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ КОРМИТЬ РЕБЕНКА ДО ВОЗРАСТА: |
| <input type="radio"/> | А | 7 лет |
| <input type="radio"/> | Б | 2 лет; |
| <input type="radio"/> | В | 1 года; |
| <input type="radio"/> | Г | 5 лет; |
| | | |
| В | 268 | ФОРМИРОВАНИЕ КОНСТИТУЦИИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ: |
| <input type="radio"/> | А | только во внутриутробном периоде развития |
| <input type="radio"/> | Б | только в периоде новорожденности |
| <input type="radio"/> | В | только в периоде полового созревания |
| <input type="radio"/> | Г | только в грудном периоде |
| | | |
| В | 269 | РЕАКТИВНОСТЬ ИНДИВИДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ: |
| <input type="radio"/> | А | только его генотипа |
| <input type="radio"/> | Б | его конституции |
| <input type="radio"/> | В | только ранее перенесенных инфекций |
| <input type="radio"/> | Г | только неблагоприятных социальных условий |
| | | |
| В | 270 | ТЕРМИН «ДИАТЕЗ» ОЗНАЧАЕТ: |
| <input type="radio"/> | А | предрасположенность к травме |
| <input type="radio"/> | Б | предрасположенность к хромосомным болезням |
| <input type="radio"/> | В | заболевания кожи и его придатков |
| <input type="radio"/> | Г | предрасположенность к патологии полигенной природы |
| | | |
| В | 271 | В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НЕ ВЫДЕЛЯЮТ ТИП КОНСТИТУЦИИ: |
| <input type="radio"/> | А | астеноидный |
| <input type="radio"/> | Б | дигестивный |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | В | гиперстенический |
| <input type="radio"/> | Г | торакальный |
| | | |
| В | 272 | ТЕРМИН «ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНАЯ АНОМАЛИЯ КОНСТИТУЦИИ» ОЗНАЧАЕТ: |
| <input type="radio"/> | А | заболевания кожи и слизистых оболочек |
| <input type="radio"/> | Б | предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям |
| <input type="radio"/> | В | предрасположенность к заболеваниям кожи и слизистых оболочек |
| <input type="radio"/> | Г | предрасположенность к заболеваниям ЦНС |
| | | |
| В | 273 | ТЕРМИН «АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ» ЯВЛЯЕТСЯ СИНОНИМОМ: |
| <input type="radio"/> | А | атопического дерматита |
| <input type="radio"/> | Б | аллергического ринита |
| <input type="radio"/> | В | предрасположенности к формированию аллергических болезней |
| <input type="radio"/> | Г | бронхиальной астмы |
| | | |
| В | 274 | ТЕРМИН «ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКАЯ АНОМАЛИЯ КОНСТИТУЦИИ» ЯВЛЯЕТСЯ СИНОНИМОМ: |
| <input type="radio"/> | А | злокачественных заболеваний лимфатической системы |
| <input type="radio"/> | Б | избыточной массы тела |
| <input type="radio"/> | В | гипоплазии внутренних органов |
| <input type="radio"/> | Г | предрасположенности к гиперплазии лимфоидной ткани |
| | | |
| В | 275 | НЕЙРОАРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | дефицитом массы тела |
| <input type="radio"/> | Б | невротическими состояниями |
| <input type="radio"/> | В | лабильностью обменных процессов |
| <input type="radio"/> | Г | приступами рвоты |
| | | |
| В | 276 | СИНОНИМОМ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | заболевания с наследственной предрасположенностью |
| <input type="radio"/> | Б | болезни полигенной природы |
| <input type="radio"/> | В | многофакторные болезни |
| <input type="radio"/> | Г | хромосомная патология |
| | | |
| В | 277 | ДЛЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | определенность этиологии и патогенеза |
| <input type="radio"/> | Б | клинический полиморфизм |
| <input type="radio"/> | В | гетерогенность |
| <input type="radio"/> | Г | эффективность превентивных мероприятий |
| | | |
| В | 278 | ПОД ТЕРМИНОМ «НОРМА РЕАКЦИИ» ПОНИМАЕТСЯ: |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | А | Адекватное реагирование на введение медикамента |
| <input type="radio"/> | Б | «Нормальная» реактивность организма |
| <input type="radio"/> | В | Референтные значения биохимических показателей |
| <input type="radio"/> | Г | Рамки variabilityности фенотипического признака у индивида |
| | | |
| В | 279 | ДЛЯ АСТЕНОИДНОГО ТИПА КОНСТИТУЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | Уплощенная грудная клетка |
| <input type="radio"/> | Б | Выраженное развитие жировой ткани |
| <input type="radio"/> | В | Слабое развитие подкожно-жирового слоя |
| <input type="radio"/> | Г | Слабое развитие костяка |
| | | |
| В | 280 | ДЛЯ АСТЕНОИДНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | Дефицит массы тела по длине |
| <input type="radio"/> | Б | Избыток массы тела по длине тела |
| <input type="radio"/> | В | Высокие показатели физического развития |
| <input type="radio"/> | Г | Низкие показатели физического развития |
| | | |
| В | 281 | ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ ПРИ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ |
| <input type="radio"/> | А | 22-37 недель |
| <input type="radio"/> | Б | 28-37 недель |
| <input type="radio"/> | В | 36-40 недель |
| <input type="radio"/> | Г | 38-42 недели |
| | | |
| В | 282 | ТРАНЗИТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ОБМЕНА У НОВОРОЖДЕННОГО ВКЛЮЧАЮТ |
| <input type="radio"/> | А | катаболическую направленность белкового обмена |
| <input type="radio"/> | Б | катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию |
| <input type="radio"/> | В | метаболический ацидоз, гипогликемию |
| <input type="radio"/> | Г | метаболический ацидоз, гипергликемию |
| | | |
| В | 283 | СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО |
| <input type="radio"/> | А | не изменяется |
| <input type="radio"/> | Б | понижается |
| <input type="radio"/> | В | повышается |
| <input type="radio"/> | Г | сначала повышается, затем понижается |
| | | |
| В | 284 | ТРАНЗИТОРНАЯ ПОТЕРЯ НОВОРОЖДЕННОГО СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ |
| <input type="radio"/> | А | 5-8% |
| <input type="radio"/> | Б | 10-12% |
| <input type="radio"/> | В | более 12% |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Г | менее 5% |
| | | |
| В | 285 | ПОД ТЕРМИНОМ «ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ» ПОНИМАЮТ |
| О | А | Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях или полных неделях |
| О | Б | Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от последнего дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях или полных неделях |
| О | В | Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях |
| О | Г | Продолжительность срока беременности, которую высчитывают в полных неделях |
| | | |
| В | 286 | БОЛЬШИНСТВО НОВОРОЖДЕННЫХ (85-90%) ИМЕЮТ МАССУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ |
| О | А | 2500-4000 г |
| О | Б | 2000-3000 г |
| О | В | 2200-3500 г |
| О | Г | 2800-3700 г |
| | | |
| В | 287 | БОЛЬШИНСТВО НОВОРОЖДЕННЫХ (85-90%) ИМЕЮТ ДЛИНУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ |
| О | А | 46-52 см |
| О | Б | 40-48 см |
| О | В | 38-50 см |
| О | Г | 42-54 см |
| | | |
| В | 288 | НЕДОНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ДО |
| О | А | Окончания 36 недели беременности |
| О | Б | Окончания 37 недели беременности |
| О | В | Окончания 35 недели беременности |
| О | Г | Окончания 38 недели беременности |
| | | |
| В | 289 | 70-80% НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИМЕЮТ МАССУ ТЕЛА |
| О | А | Менее 2800 г. |
| О | Б | Менее 2700 г. |
| О | В | Менее 2600 г. |
| О | Д | Менее 2500 г. |
| | | |
| В | 290 | 70-80 % НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИМЕЮТ ДЛИНУ ТЕЛА |
| О | А | Менее 45 см |
| О | Б | Менее 50 см |
| О | В | Менее 52 см |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Г | Менее 40 см |
| | | |
| В | 291 | ПЕРЕНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ |
| О | А | 39 недели и более |
| О | Б | 38 недель и более |
| О | В | 42 недель и более |
| О | Г | 40 недель и более |
| | | |
| В | 292 | ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗДЕЛЯЮТ НА |
| О | А | Преконцептуальный период |
| О | Б | Аntenатальный период |
| О | В | Интранатальный период |
| О | Г | Ранний неонатальный период |
| | | |
| В | 293 | НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРОДОЛЖАЕТСЯ |
| О | А | От периода предвестников родов до момента рождения ребенка |
| О | Б | От момента отхождения околоплодных вод до рождения ребенка |
| О | В | От начала родовой деятельности до момента рождения ребенка |
| О | Г | От начала родовой деятельности до пересечения пуповины |
| | | |
| В | 294 | ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛОДА ПРИ АНАЛИЗЕ КАРДИОТОКОГРАММЫ УЧИТЫВАЮТ: |
| О | А | базальный ритм |
| О | Б | вариабельность ритма |
| О | В | наличие и число акцеллераций |
| О | Г | наличие децеллераций |
| | | |
| В | 295 | ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ ПО CLIFFORD ОСНОВЫВАЕТСЯ НА: |
| О | А | цвете кожных покровов |
| О | Б | количестве околоплодных вод |
| О | В | тургоре кожи |
| О | Г | состоянии плода |
| | | |
| В | 296 | К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ КАРДИОТОКОГРАММЫ ОТНОСЯТ: |
| О | А | базальный ритм < 100 уд/мин |
| О | Б | отсутствие акцеллераций |
| О | В | длительные, поздние децеллерации |
| О | Г | короткие, поздние делерации |
| | | |
| В | 297 | ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОКОЛИЗА: |
| О | А | Партусистен |
| О | Б | Гинипрал |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | В | Ритордин |
| <input type="radio"/> | Г | Пентоксифиллин |
| | | |
| В | 298 | ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ТОКОЛИЗА СВЯЗАН: |
| <input type="radio"/> | А | со снижением тонуса миометрия |
| <input type="radio"/> | Б | с вазодилатирующим эффектом |
| <input type="radio"/> | В | со снижением резистентности сосудов |
| <input type="radio"/> | Г | с улучшением оксигенации плода |
| | | |
| В | 299 | ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДСН ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | бета-адреномиметики |
| <input type="radio"/> | Б | спазмолитики |
| <input type="radio"/> | В | Бетаметазон |
| <input type="radio"/> | Г | симпатомиметики |
| | | |
| В | 300 | ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА НА ПЛОД В ПОЗДНИЙ ФЕТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ: |
| <input type="radio"/> | А | врожденного порока сердца |
| <input type="radio"/> | Б | врожденной пневмонии |
| <input type="radio"/> | В | полидактилии |
| <input type="radio"/> | Г | врожденного гепатита |
| | | |
| В | 301 | ГИПЕРКАПНИЯ ВЫЗЫВАЕТ ИЗМЕНЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВотоКА В ВИДЕ: |
| <input type="radio"/> | А | увеличения |
| <input type="radio"/> | Б | уменьшения |
| <input type="radio"/> | В | сначала уменьшения, затем увеличения |
| <input type="radio"/> | Г | не изменяет |
| | | |
| В | 302 | К ОСТРЫМ ПРИЗНАКАМ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА КОНЕЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ: |
| <input type="radio"/> | А | отек конечности |
| <input type="radio"/> | Б | боли в конечности |
| <input type="radio"/> | В | цианоз или гиперемию кожи конечности |
| <input type="radio"/> | Г | гепатомегалию |
| | | |
| В | 303 | ГЛУБИНА ПОСТАНОВКИ ПУПОЧНОГО КАТЕТЕРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ: |
| <input type="radio"/> | А | катетер вводится на глубину 10 см |
| <input type="radio"/> | Б | катетер вводится на глубину 15 см |
| <input type="radio"/> | В | определяется расстоянием от пупочного кольца до мечевидного отростка |
| <input type="radio"/> | Г | определяется расстоянием от пупочного кольца до мечевидного отростка, плюс 0,5-1,0 см |
| | | |

| | | |
|---|-----|--|
| В | 304 | ГЛАВНЫМ ПРИНЦИПОМ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | стимуляция сердечной и дыхательной деятельности |
| О | Б | заместительный характер реанимационных мероприятий |
| О | В | посиндромная терапия |
| О | Г | медикаментозная коррекция метаболических нарушений |
| | | |
| В | 305 | САНАЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВОДИТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ: |
| О | А | носовые ходы, носоглотка, ротовая полость, ротоглотка |
| О | Б | ротовая полость, ротоглотка, носовые ходы, носоглотка |
| О | В | носовые ходы, ротовая полость, носоглотка, ротоглотка |
| О | Г | ротоглотка, носоглотка, ротовая полость, носовые ходы |
| | | |
| В | 306 | ОСНОВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ НАХОДИВШИХСЯ НА ИВЛ, ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | респираторный дистресс-синдром новорожденных |
| О | Б | бронхолегочная дисплазия |
| О | В | некротический энтероколит |
| О | Г | ателектазы |
| | | |
| В | 307 | ОПТИМАЛЬНОЙ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ КИСЛОРОДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | 40% |
| О | Б | 60% |
| О | В | 80% |
| О | Г | 100% |
| | | |
| В | 308 | КАКОВА ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ МЕКОНИЕВОМИЛЕУСЕ: |
| О | А | муковисцидоз |
| О | Б | паретический илеус |
| О | В | спастический илеус |
| О | Г | мальабсорбция |
| | | |
| В | 309 | КАКОВА ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕДДА: |
| О | А | ущемление |
| О | Б | облитерация просвета кишки |
| О | В | спастический илеус |
| О | Г | внедрение отдела кишки |
| | | |
| В | 310 | ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | А | PaO_2 |
| <input type="radio"/> | Б | PaCO_2 |
| <input type="radio"/> | В | pH |
| <input type="radio"/> | Г | SaO_2 |
| | | |
| В | 311 | ОСТРЫЕ ПРИЗНАКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА КОНЕЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО ВКЛЮЧАЮТ: |
| <input type="radio"/> | А | отек конечности |
| <input type="radio"/> | Б | боли в конечности |
| <input type="radio"/> | В | цианоз или гиперемия кожи конечности |
| <input type="radio"/> | Г | гепатомегалию |
| | | |
| В | 312 | ПРИ ГИПЕРКАПНИИ (PaCO_2 БОЛЕЕ 60 ММ.РТ.СТ.) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АЦИДОЗА ПОКАЗАНО: |
| <input type="radio"/> | А | внутривенное введение гидрокарбоната натрия |
| <input type="radio"/> | Б | внутривенное введение дыхательных аналептиков |
| <input type="radio"/> | В | кислородотерапия через кислородную палатку |
| <input type="radio"/> | Г | применение режима nCPAP |
| | | |
| В | 313 | КАКОВА ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ: |
| <input type="radio"/> | А | ущемление |
| <input type="radio"/> | Б | паретический илеус |
| <input type="radio"/> | В | сдавливание опухолью |
| <input type="radio"/> | Г | внедрение отдела кишки |
| | | |
| В | 314 | КАКОВА ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ: |
| <input type="radio"/> | А | облитерация просвета кишки |
| <input type="radio"/> | Б | ганглиоз кишки |
| <input type="radio"/> | В | спастический илеус |
| <input type="radio"/> | Г | внедрение отдела кишки |
| | | |
| В | 315 | КАКОВА ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА: |
| <input type="radio"/> | А | ущемление |
| <input type="radio"/> | Б | ганглиоз кишки |
| <input type="radio"/> | В | спастический илеус |
| <input type="radio"/> | Г | внедрение отдела кишки |
| | | |
| В | 316 | ТЯЖЕСТЬ ГИПОКСЕМИИ БОЛЕЕ ТЕСНО КОРРЕЛИРУЕТ С ЦИАНОЗОМ: |
| <input type="radio"/> | А | кожных покровов |
| <input type="radio"/> | Б | губ и языка |
| <input type="radio"/> | В | ногтевых лож |
| <input type="radio"/> | Г | носогубного треугольника |
| | | |

| | | |
|---|-----|--|
| В | 317 | ЦИАНОЗ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ НАСЫЩЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА КИСЛОРОДОМ МЕНЕЕ: |
| О | А | 45% |
| О | Б | 55% |
| О | В | 65% |
| О | Г | 85% |
| | | |
| В | 318 | ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА БОЛЕЕ 8-10 СМ ВОДНОГО СТОЛБА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К: |
| О | А | пневмотораксу |
| О | Б | перерастяжению легких |
| О | В | нарушению венозного возврата крови к сердцу |
| О | Г | повышению резистентности легочных сосудов |
| | | |
| В | 319 | СИМПТОМАМИ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ СОПРОВОЖДАЮТСЯ: |
| О | А | гидроторакс |
| О | Б | врожденная долевая эмфизема |
| О | В | ложная диафрагмальная грыжа |
| О | Г | ателектаз легкого |
| | | |
| В | 320 | У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | повышением местной температуры |
| О | Б | разлитой гиперемией, быстро распространяющейся «как масляное пятно» |
| О | В | сплошной инфильтрацией |
| О | Г | отсутствием признаков инфекционного токсикоза |
| | | |
| В | 321 | У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | при пальпации область поражения баллотирует |
| О | Б | разлитая гиперемия, распространяющаяся «языком |
| О | В | сплошная инфильтрация, повышение местной температуры |
| О | Г | локальная болезненность |
| | | |
| В | 322 | ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | смещение средостения в сторону поражения |
| О | Б | расширение межреберных промежутков на стороне поражения |
| О | В | смещение средостения в сторону, противоположную патологии |
| О | Г | поражение одной половины грудной клетки |
| | | |
| В | 323 | РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | А | смещение средостения в сторону, противоположную патологии |
| <input type="radio"/> | Б | медиастинальная грыжа |
| <input type="radio"/> | В | сужение межреберных промежутков на стороне поражения |
| <input type="radio"/> | Г | низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения |
| | | |
| В | 324 | ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ МОРФИНА НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | угнетение функции дыхания |
| <input type="radio"/> | Б | угнетение сердечно-сосудистой системы |
| <input type="radio"/> | В | снижение моторика кишечника |
| <input type="radio"/> | Г | повышение тонуса анального сфинктера |
| | | |
| В | 325 | СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ БЕЗ СИМПТОМОВ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | респираторный дистресс-синдром |
| <input type="radio"/> | Б | врожденная долевая эмфизема |
| <input type="radio"/> | В | грыжа ложная диафрагмальная |
| <input type="radio"/> | Г | спонтанный пневмоторакс |
| | | |
| В | 326 | РЕБЕНКУ С НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ: |
| <input type="radio"/> | А | ИВЛ |
| <input type="radio"/> | Б | оперативное вмешательство |
| <input type="radio"/> | В | плевральную пункцию |
| <input type="radio"/> | Г | бронхоскопию |
| | | |
| В | 327 | ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ВНУТРИГРУДНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | патология односторонняя |
| <input type="radio"/> | Б | патология двусторонняя |
| <input type="radio"/> | В | патология, без смещения средостения |
| <input type="radio"/> | Г | смещение средостения в сторону патологии |
| | | |
| В | 328 | ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ БЕЗ СИМПТОМОВ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | патология односторонняя, смещение средостения в противоположную сторону |
| <input type="radio"/> | Б | смещение средостения в сторону патологии |
| <input type="radio"/> | В | патология двусторонняя |
| <input type="radio"/> | Г | патология, без смещения средостения |
| | | |
| В | 329 | ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ДВУСТОРОННИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ: |
| <input type="radio"/> | А | патология двусторонняя |

| | | |
|---|-----|---|
| О | Б | без смещения средостения |
| О | В | смещение средостения в сторону патологии |
| О | Г | смещение средостения в противоположную сторону |
| | | |
| В | 330 | ТРАНСПОРТИРОВКУ НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ |
| О | А | в горизонтальном положении |
| О | Б | в возвышенном положении |
| О | В | в положении Тределенбурга |
| О | Г | на здоровом боку |
| | | |
| В | 331 | ТРАНСПОРТИРОВКУ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭНМТ ИЗ РОДИЛЬНОГО ЗАЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕОБХОДИМО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ: |
| О | А | в транспортном инкубаторе |
| О | Б | в пластиковой пленке/пакете |
| О | В | в пеленках с грелкой |
| О | Г | в одеяле и шапочке |
| | | |
| В | 332 | ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ НЕДОНОШЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НЕОБХОДИМО ВВЕДЕНИЕ В ЖЕЛУДОК ЗОНДА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ: |
| О | А | через 20-30 секунд |
| О | Б | через 60 секунд |
| О | В | на 3-5 минуте |
| О | Г | на 10-й минуте |
| | | |
| В | 333 | ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ДОТАЦИЯ АМИНОКИСЛОТ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ: |
| О | А | альбумином |
| О | Б | свежезамороженной плазмой |
| О | В | аминовеном инфант |
| О | Г | интралипидом |
| | | |
| В | 334 | ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОЛИГУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | восстановление адекватной перфузии почек путем проведения инфузионной терапии |
| О | Б | устранение причин, вызвавших обструкцию мочевых путей путем катетеризации мочевого пузыря |
| О | В | поддержание гомеостаза в ожидании восстановления функций почек путем проведения полного парентерального питания |
| О | Г | уменьшение объема вводимой жидкости, в том числе с питанием, и назначения диуретиков |

| | | |
|---|-----|---|
| | | |
| В | 335 | ПРОДЛЕННОЕ РАЗДУВАНИЕ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА 32 НЕДЕЛИ И МЕ- НЕЕ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПО ОКОНЧАНИИ ПЕРВИЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: |
| О | А | если ребенок с рождения кричит, активно дышит |
| О | Б | при отсутствии самостоятельного дыхания |
| О | В | при нерегулярном дыхании или при дыхании типа «gasping» |
| О | Г | с давлением 20-25 см Н2О в течение 15-20 секунд |
| | | |
| В | 336 | ПОКАЗАНИЯМИ К ЭКСТРЕННУМУ ДИАЛИЗУ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | анурия более суток |
| О | Б | необходимость в обеспечении адекватного питания при длительной олигурии |
| О | В | олигурия, осложненная сердечной недостаточностью |
| О | Г | преренальная форма острой почечной недостаточности |
| | | |
| В | 337 | ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОКАЗАТЕЛИ САТУРАЦИИ (SPO2) ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ: |
| О | А | не более 50% на любом этапе проведения реанимационных мероприятий, если ребенок получает дополнительный кислород |
| О | Б | не более 95% на любом этапе проведения реанимационных мероприятий, если ребенок получает дополнительный кислород |
| О | В | не менее 80% к 5 минуте жизни |
| О | Г | не менее 75% к 10 минуте жизни |
| | | |
| В | 338 | ПРИ КРОВОТОЧИВОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ, МОЖЕТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ: |
| О | А | менадиона натрия бисульфита – викасола |
| О | Б | свежезамороженной плазмы |
| О | В | концентрированного препарата протромбинового комплекса |
| О | Г | этамзилата |
| | | |
| В | 339 | ПРИМЕНЕНИЕ СРАР В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ДЕТЯМ: |
| О | А | с атрезией хоан |
| О | Б | с диагностированным пневмотораксом |
| О | В | с врожденной диафрагмальной грыжей |
| О | Г | с ОНМТ или ЭНМТ при рождении |
| | | |
| В | 340 | ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ: |
| О | А | нейрогенная дисфункция мочевого пузыря |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Б | задний клапан уретры |
| О | В | сужения и стенозы уретры и мочеточников |
| О | Г | выраженный пузырно-мочеточниковый рефлюкс |
| | | |
| В | 341 | ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ: |
| О | А | отеки вплоть до отека легких и головного мозга, гидроторакс, асцит |
| О | Б | уремические гастриты, плевриты, перикардиты |
| О | В | нарушения гемостаза |
| О | Г | артериальная гипертензия |
| | | |
| В | 342 | ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ: |
| О | А | метаболический ацидоз |
| О | Б | выраженное повышение уровня сывороточного креатинина |
| О | В | гипонатриемия |
| О | Г | протеинурия, глюкозурия, гематурия, цилиндрурия |
| | | |
| В | 343 | КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО С ВПС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: |
| О | А | острым дефицитом сердечного выброса |
| О | Б | быстрым прогрессированием сердечной недостаточности |
| О | В | тканевой гипоксией, декомпенсированным метаболическим ацидозом |
| О | Г | нарушением функции жизненно важных органов |
| | | |
| В | 344 | СИМПТОМЫ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ВОЗМОЖНОСТЬ КРИТИЧЕСКОГО ВПС У НОВОРОЖДЕННОГО: |
| О | А | центральный цианоз или серость бледность кожных покровов |
| О | Б | отсутствие или резкое ослабление пульсации артерий на конечностях |
| О | В | ЧСС более 180 в 1 мин или менее 100 уд в 1 мин |
| О | Г | одышка более 60 в 1 мин |
| | | |
| В | 345 | ПРИЧИНЫ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ: |
| О | А | преходящий лево-правый шунт |
| О | Б | гипогликемия |
| О | В | постасфиксическая недостаточность коронарного кровообращения |
| О | Г | СДР недоношенных |
| | | |
| В | 346 | К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТ: |
| О | А | полиурию |
| О | Б | тахипноэ |
| О | В | слабость сосания |

| | | |
|---|-----|--|
| О | Г | тахикардию |
| В | 347 | ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДУКТУС-ЗАВИСИМЫХ ВПС С ОБСТРУКЦИЕЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ: |
| О | А | допамин |
| О | Б | простагландин Е1 (алпростан, вазaproстан) |
| О | В | достаточная и оптимальная сатурация – 75% |
| О | Г | целевое рН – 7,35; рСО ₂ > 45мм рт. ст. |
| В | 348 | К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИСТУПА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ: |
| О | А | кожные покровы серые, затем цианотичные 124 |
| О | Б | пальпируется частый легко сжимаемый пульс |
| О | В | ЧСС 200–320 в минуту, АД снижено |
| О | Г | шейные вены наполненные, венозное давление крови высокое |
| В | 349 | ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КАК ПРАВИЛО, ВЫЯВЛЯЕТ: |
| О | А | гиперкалиемию |
| О | Б | гипонатриемию |
| О | В | гипергликемию |
| О | Г | резкий лейкоцитоз со сдвигом влево |
| В | 350 | ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫМ НЕОБХОДИМО ЕЖЕДНЕВНО ОПРЕДЕЛЯТЬ: |
| О | А | динамику массы тела |
| О | Б | диурез |
| О | В | концентрацию глюкозы в моче |
| О | Г | концентрацию калия, натрия, кальция в сыворотке |
| В | 351 | ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ КОС ПО ТИПУ: |
| О | А | кетоацидоза |
| О | Б | алкалоза |
| О | В | лактат-ацидоза |
| О | Г | респираторного ацидоза |
| В | 352 | ПРИЗНАКАМИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | уровень прокальцитонина в сыворотке крови более 2 нг/мл |
| О | Б | гипергликемия более 6,5 ммоль/л |
| О | В | гиперкалиемию более 7 ммоль/л |
| О | Г | уровень ИЛ-8 в сыворотке крови более 100 пг/мл |

| | | |
|---|-----|---|
| | | |
| В | 353 | НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ДАКРИОЦИСТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ: |
| О | А | наличие пробки в слезном протоке |
| О | Б | аномалии строения слезного мешка |
| О | В | конъюнктивит |
| О | Г | ринит |
| | | |
| В | 354 | ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЮЮ ФАЗУ СЕПСИСА НАПРАВЛЕНА НА: |
| О | А | восстановление объема циркулирующей крови |
| О | Б | улучшение микроциркуляции |
| О | В | уменьшение вязкости крови и тканевой гипоксии |
| О | Г | введение аминокислот и жировых эмульсий |
| | | |
| В | 355 | АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НОВОРОЖДЕННЫМ С СЕПСИСОМ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | наличие инфекционного токсикоза |
| О | Б | развитие септического шока |
| О | В | развитие ДВС-синдрома |
| О | Г | появление новых пиемических очагов |
| | | |
| В | 356 | НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВИДОМ ГНОЙНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| О | А | пемфигус |
| О | Б | везикулопустулез |
| О | В | болезнь Риттера |
| О | Г | псевдофурункулез |
| | | |
| В | 357 | В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ ЖИЗНИ КЛИНИЧЕСКИ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ: |
| О | А | фенилкетонурию |
| О | Б | синдром Тея-Сакса |
| О | В | мекониальный илеус |
| О | Г | глицинурию |
| | | |
| В | 358 | НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ: |
| О | А | мышечный гипертонус |
| О | Б | локальные отеки стоп и кистей |
| О | В | цианоз |
| О | Г | макроглоссия |
| | | |
| В | 359 | НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| | | ПЕРЕДАЮТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ ТИПУ НАСЛЕДОВАНИЯ: |
| <input type="radio"/> | А | по аутосомно-рецессивному |
| <input type="radio"/> | Б | по аутосомно-доминантному |
| <input type="radio"/> | В | по доминантному, сцепленному с X-хромосомой |
| <input type="radio"/> | Г | по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой |
| | | |
| В | 360 | ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЖЕЛТУХОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИБИОТИКИ, МОЖЕТ ПРОГРЕССИРОВАТЬ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ: |
| <input type="radio"/> | А | бензилпенициллина |
| <input type="radio"/> | Б | цефазолина |
| <input type="radio"/> | В | гентамицина |
| <input type="radio"/> | Г | меропенема |
| | | |
| В | 361 | ХРОМОСОМНАЯ АБЕРРАЦИЯ, К КОТОРОЙ ОТНОСИТСЯ БОЛЕЗНЬ ДАУНА: |
| <input type="radio"/> | А | трисомия 21p |
| <input type="radio"/> | Б | трисомия 18p |
| <input type="radio"/> | В | трисомия 13p |
| <input type="radio"/> | Г | кариотип 47XXY |
| | | |
| В | 362 | КАРИОТИП ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА: |
| <input type="radio"/> | А | 47XYX |
| <input type="radio"/> | Б | 47XXY |
| <input type="radio"/> | В | 45X0 |
| <input type="radio"/> | Г | 47XY+18p |
| | | |
| В | 363 | УКАЖИТЕ, КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ МЕТИЦИЛЛИН-РЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВ: |
| <input type="radio"/> | А | метронидазол |
| <input type="radio"/> | Б | ванкомицин |
| <input type="radio"/> | В | цефтазидим |
| <input type="radio"/> | Г | эритромицин |
| | | |
| В | 364 | ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | рецидивирующее или хроническое течение заболевания |
| <input type="radio"/> | Б | наличие специфических симптомов |
| <input type="radio"/> | В | вовлеченность в патологический процесс многих органов и систем (полиморфизм), признаки дисплазии |
| <input type="radio"/> | Г | внутриутробная манифестация у плодов женского пола |
| | | |
| В | 365 | НОСИТЕЛЕМ МУТАНТНОГО ГЕНА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ, ГИПОТИРЕОЗ, АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И ДР.) ЯВЛЯЮТСЯ: |

| | | |
|---|-----|--|
| О | А | отец |
| О | Б | мать |
| О | В | оба родителя |
| О | Г | никто из родителей |
| | | |
| В | 366 | УКАЖИТЕ, КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРЫ: |
| О | А | метронидазол |
| О | Б | ванкомицин |
| О | В | цефтазидим |
| О | Г | эритромицин |
| | | |
| В | 367 | УКАЖИТЕ, КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ГРИБОВ: |
| О | А | дифлюкан |
| О | Б | метронидазол |
| О | В | цефтазидим |
| О | Г | эритромицин |
| | | |
| В | 368 | УКАЖИТЕ, КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЮТ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ХЛАМИДИЙ: |
| О | А | метронидазол |
| О | Б | ванкомицин |
| О | В | цефтазидим |
| О | Г | эритромицин |
| | | |
| В | 369 | УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ СМЕСЕЙ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ: |
| О | А | безлактозные смеси |
| О | Б | смеси обогащенные белками коровьего молока, аминокислотами и витаминами |
| О | В | смеси на основе белкового гидролизата |
| О | Г | кисломолочные смеси |
| | | |
| В | 370 | К ГРАМПЛОЖИТЕЛЬНЫМ МИКРООРГАНИЗМАМ ОТНОСЯТСЯ: |
| О | А | Staphylococcus aureus |
| О | Б | Klebsiella pneumoniae |
| О | В | Enterobacter aerogenes |
| О | Г | Нет верного ответа |
| | | |
| В | 371 | ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ ПОРАЖАЕТСЯ: |
| О | А | центральная нервная система |
| О | Б | хрусталик глаза |

| | | |
|---|-----|--|
| О | В | бронхолегочная система |
| О | Г | печень |
| | | |
| В | 372 | ДЛЯ ГАЛАКТОЗЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ: |
| О | А | гипогликемия |
| О | Б | повышение уровня галактозо-1-фосфата в крови |
| О | В | гиперхолестеринемия |
| О | Г | галактозурия |
| | | |
| В | 373 | ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ГАЛАКТОЗЕМИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С: |
| О | А | сепсисом |
| О | Б | гемолитическими желтухами |
| О | В | атрезией внепеченочных желчных ходов |
| О | Г | транзиторной гипергалактоземией |
| | | |
| В | 374 | ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА ГАЛАКТОЗЕМИЮ ПРИ ОТСУТСТВИИ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА ИЛИ ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНОМ РЕЗУЛЬТАТЕ СЛЕДУЕТ, ЕСЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ: |
| О | А | сочетание желтухи и геморрагического диатеза в первые 2 недели жизни |
| О | Б | сепсис у доношенного новорожденного, вызванный E. coli |
| О | В | сочетание задержки прибавки в массе тела, увеличения размеров печени, мышечной гипотонии, задержки моторного развития и катаракты у детей раннего возраста |
| О | Г | сочетание шока и гиперрегенераторной анемии после назначения пенициллинов или цефалоспоринов |
| | | |
| В | 375 | СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ: |
| О | А | пороки развития ЦНС |
| О | Б | гипокальциемия |
| О | В | гипогликемия |
| О | Г | родовая травма |
| | | |
| В | 376 | ЛЕЧЕНИЕ ГАЛАКТОЗЕМИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В: |
| О | А | снижение дозы грудного молока |
| О | Б | полной замене грудного молока на адаптированные искусственные смеси |
| О | В | раннем введении овощных прикормов на фоне молочных смесей |
| О | Г | полном исключении из рациона ребенка молока и молочных продуктов |
| | | |
| В | 377 | ПРИЗНАКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ: |
| О | А | судороги |
| О | Б | симптом Греффе |
| О | В | синдром возбуждения |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | Г | выбухание большого родничка |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 378 | ПРИ РАЗВИТИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 5-6 СУТОК В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ: |
| <input type="radio"/> | А | внутричерепное кровоизлияние |
| <input type="radio"/> | Б | порок развития головного мозга |
| <input type="radio"/> | В | метаболические нарушения |
| <input type="radio"/> | Г | гнойный менингит |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 379 | АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ: |
| <input type="radio"/> | А | врожденное |
| <input type="radio"/> | Б | приобретенное |
| <input type="radio"/> | В | наследственное |
| <input type="radio"/> | Г | семейное |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 380 | АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ синдром наследуется по: |
| <input type="radio"/> | А | аутосомно-доминантному типу |
| <input type="radio"/> | Б | аутосомно-рецессивному типу |
| <input type="radio"/> | В | доминантному, сцепленному с полом (X-хромосома) типу |
| <input type="radio"/> | Г | полигенному типу |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 381 | КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК УКАЗЫВАЕТ НА ТЯЖЕСТЬ ГИПОКСИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННОГО: |
| <input type="radio"/> | А | синдром нервно-рефлекторной возбудимости |
| <input type="radio"/> | Б | нарушение сознания |
| <input type="radio"/> | В | патологический рефлекс Моро |
| <input type="radio"/> | Г | вегето-висцеральные нарушения |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 382 | ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | гипоплазия коры надпочечников |
| <input type="radio"/> | Б | гиперплазия коры надпочечников |
| <input type="radio"/> | В | аденоматоз надпочечников |
| <input type="radio"/> | Г | кровоизлияние в надпочечники |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 383 | ДЛЯ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧКИ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | рвота с рождения |
| <input type="radio"/> | Б | гинекомастия |
| <input type="radio"/> | В | вирильные наружные гениталии с пигментацией |
| <input type="radio"/> | Г | мраморный рисунок кожи |
| <input type="radio"/> | | |
| В | 384 | НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ РЕДКО ВЫЗЫВАЮТСЯ: |

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| <input type="radio"/> | А | Acinebacterbaumanni |
| <input type="radio"/> | Б | Klebsiellapneumoniae |
| <input type="radio"/> | В | Pseudomonasaeruginosa |
| <input type="radio"/> | Г | Proteusmirabilis |
| | | |
| В | 385 | ФЕНОКОПИЕЙ КРИЗА ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | кишечная инфекция |
| <input type="radio"/> | Б | пилоростеноз |
| <input type="radio"/> | В | токсикоз неясной этиологии |
| <input type="radio"/> | Г | пневмония |
| | | |
| В | 386 | РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ И АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ИМЕЕТ: |
| <input type="radio"/> | А | характер рвоты |
| <input type="radio"/> | Б | степень дистрофии |
| <input type="radio"/> | В | степень эксикоза |
| <input type="radio"/> | Г | КОС |
| | | |
| В | 387 | ДЛЯ КРИЗА НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ: |
| <input type="radio"/> | А | ацидоза |
| <input type="radio"/> | Б | алкалоза |
| <input type="radio"/> | В | неизменных показателей КОС |
| <input type="radio"/> | Г | любого из указанных вариантов |
| | | |
| В | 388 | КРИЗ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ: |
| <input type="radio"/> | А | гипернатриемия и гипокалиемия |
| <input type="radio"/> | Б | гипернатриемия и гиперкалиемия |
| <input type="radio"/> | В | гипонатриемия и гиперкалиемия |
| <input type="radio"/> | Г | гипонатриемия и гипокалиемия |
| | | |
| В | 389 | ВРОЖДЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ: |
| <input type="radio"/> | А | чаще встречается у мальчиков |
| <input type="radio"/> | Б | чаще встречается у девочек |
| <input type="radio"/> | В | встречается с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек |
| <input type="radio"/> | Г | сольтерьяющая форма аденогениального синдрома встречается только у девочек |
| | | |
| В | 390 | ПРИ УСЛОВИИ МИНИМАЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА СЫВОРОТКИ КРОВИ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ЭКСИКОЗЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ |

| | | |
|---|-----|---|
| | | СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ: |
| О | А | белка и мочевины |
| О | Б | белковых фракций и трансаминаз |
| О | В | электролитов и сахара |
| О | Г | кальция и фосфора, щелочной фосфатазы |
| | | |
| В | 391 | КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РАСТВОРОВ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ ОРАЛЬНОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: |
| О | А | раствор Рингера |
| О | В | регидрон |
| О | Б | раствор 5% глюкозы пополам с физиологическим раствором |
| О | Г | 3% раствор хлорида калия |
| | | |
| В | 392 | АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К НЕОТЛОЖНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЯВЛЯЮТ-СЯ: |
| О | А | подозрение на внутричерепное кровоизлияние |
| О | Б | подозрение на гнойный менингит |
| О | В | гипертензионный синдром |
| О | Г | коматозное состояние |
| | | |
| В | 393 | ВСЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ИМЕЮТ ОБЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ: |
| О | А | мышечный гипертонус |
| О | Б | мышечную гипотонию |
| О | В | эритродермию |
| О | Г | участки депигментации на коже |
| | | |
| В | 394 | ВСЕ НОВОРОЖДЕННЫЕ, РОДИВШИЕСЯ С МАССОЙ БОЛЕЕ 4 КГ, НУЖДАЮТСЯ В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА УРОВНЕМ: |
| О | А | глюкозы в сыворотке крови |
| О | Б | калия в сыворотке крови |
| О | В | натрия в сыворотке крови |
| О | Г | кальция в сыворотке крови |
| | | |
| В | 395 | УКАЖИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ ГИПОТИРЕОЗ ПРИ РОЖДЕНИИ: |
| О | А | сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам |
| О | Б | макроглоссия, низкий голос, брадикардия |
| О | В | затянувшаяся желтуха |
| О | Г | специфических симптомов при рождении не существует |
| | | |
| В | 396 | КЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ КЛЕНОВОГО СИРОПА (ЛЕЙЦИНОЗ) ПРОЯВЛЯЕТСЯ: |

| | | |
|-----------------------|-----|--|
| <input type="radio"/> | А | появлением первых симптомов на первой неделе жизни ребенка, иногда сразу после первого кормления |
| <input type="radio"/> | Б | генерализованными судорогами, повышенной возбудимостью, мышечным гипертонусом, сменяющимися угнетением ЦНС и комой |
| <input type="radio"/> | В | отказом от пищи, упорной рвотой, эксикозом |
| <input type="radio"/> | Г | необычным ароматическим запахом мочи |
| | | |
| В | 397 | СИНОНИМАМИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ: |
| <input type="radio"/> | А | врожденная дисфункция коры надпочечников |
| <input type="radio"/> | Б | врожденная гиперплазия коры надпочечников |
| <input type="radio"/> | В | врожденная гипоплазия коры надпочечников |
| <input type="radio"/> | Г | псевдопилоростеноз |
| | | |
| В | 398 | ДЛЯ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ: |
| <input type="radio"/> | А | гипернатриемия |
| <input type="radio"/> | Б | гиперкалиемия |
| <input type="radio"/> | В | повышение уровня 17-гидроксипрогестерона в крови |
| <input type="radio"/> | Г | гипогликемия |
| | | |
| В | 399 | ДЛЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ХАРАКТЕРНО: |
| <input type="radio"/> | А | уплотнение подкожной клетчатки |
| <input type="radio"/> | Б | локализация в области спины и мест сдавления |
| <input type="radio"/> | В | синюшный оттенок кожи |
| <input type="radio"/> | Г | наличие флюктуации |
| | | |
| В | 400 | ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ: |
| <input type="radio"/> | А | на срок продолжительности криза |
| <input type="radio"/> | Б | 2 месяца |
| <input type="radio"/> | В | 6 месяцев |
| <input type="radio"/> | Г | пожизненно |

Список вопросов к экзамену:

1. Ранняя неонатальная адаптация и переходные (пограничные с нормой) физиологические состояния. Особенности адаптации новорождённого и ее нарушения.
2. Особенности билирубинового обмена и его патология.
3. Приобретенные неинфекционные состояния и болезни кожи. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Адипонекроз. Слередема. Склерема.
4. Инфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки. Катаральный омфалит. Язва пупка. Заболевания пупочных сосудов. Гангрена пупочного канатика.

5. Особенности системы дыхания новорожденного и ее патология.
6. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы новорожденного. Половой криз.
7. Особенности кровообращения плода и новорожденного. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Транзиторное нарушение переходного кровообращения.
8. Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям в родзале.
9. Протокол энтерального питания новорожденных.
10. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении.
11. Протокол диагностики и лечения геморрагической болезни новорожденных.
12. Протокол парентерального питания новорожденных
13. Мероприятия при остановке сердца
14. Неотложная помощь при остановке дыхания
15. Неотложная помощь при судорожном синдроме.
16. Электротравмы и утопления
17. ЧМТ
18. Первичные реанимационные мероприятия
19. Особенности выхаживания недоношенных детей и детей с ЭНМТ
20. Особенности течения периода адаптации и заболеваемости недоношенного новорожденного.
21. Особенности нутритивной поддержки недоношенного новорожденного
22. НОНМТ и ЭНМТ. Особенности оказания первичной реанимационной помощи в родильном зале
23. Перечень медицинских мероприятий по первичной стабилизации в первые 48 часов жизни
24. Полное парентеральное питание новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ.
25. Энтеральное питание НЭНМТ и ОНМТ.
26. Основные определения и статистические понятия;

27. Организация медицинской транспортировки тяжелобольных новорожденных;
28. Неонатальный скрининг;
29. Организация амбулаторной медицинской помощи новорожденным.
30. Базовая помощь новорожденному в родильном зале. Недоношенные дети
31. Базовая помощь новорожденному в отделении новорожденных и палатах совместного пребывания матери ребенка.
32. Организация неонатальной службы на этапе акушерского стационара.
33. Перинатальные поражения нервной системы. Ишемия мозга
34. Внутривентрикулярные кровоизлияния
35. Черепно-мозговая родовая травма. Травматическое повреждение нервной системы
36. Субарахноидальное кровоизлияние
37. Гнойные менингиты
38. Травматические повреждения спинного мозга, плечевого сплетения.
39. Паралич Эрба-Дюшена
40. 10 принципов вскармливания
41. Нутритивная поддержка недоношенных детей и детей с ЭНМТ
42. Энтеральное и парентеральное питание;
43. Классификация и виды смесей
44. Основные виды вскармливания.
45. Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных
46. Диагностика и консервативное лечение новорожденных с некротизирующим энтероколитом
47. Особенности диспансеризации детей до года.
48. Основы иммунопрофилактики.
49. Особенности диспансеризации детей школьного возраста.
50. Организация восстановительного лечения детей с хроническими заболеваниями.
51. Дифференциальная диагностика вирусных инфекций.
52. Методы обследования здоровых детей до года.
53. Виды лечебного питания у детей до года.

54. Рациональные принципы антибиотикотерапии у детей.
55. Оказание реанимационной помощи у детей.
56. Вскармливание детей до года.
57. Паллиативная медицинская помощь как вид медицинской помощи.
58. Принципы и философия паллиативной медицины.
59. Особенности курации неизлечимых больных: оценка состояния и критериев исхода.
60. Предпосылки для создания детской паллиативной помощи
61. Особенности структуры патологии и смертности у детей
62. Причины и источники хронической боли различного генеза. Диагноз хронической боли.
63. Многофакторная концепция хронической боли. Болевое поведение.
64. Методы диагностики хронической боли.
65. Классификация лекарственных средств для лечения хронической боли.
66. Основы терапии хронической боли.
67. Вопросы этики и деонтологии при коммуникации с клиентами, родственниками и ближайшим окружением.
68. Общие правила информирования. Сообщение «тяжелых новостей».
69. Особенности коммуникаций с пациентами, страдающими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями.
70. Поддерживающее консультирование. Особенности психологического восприятия болезни и смерти в различные периоды жизни детей.
71. Цель паллиативной медицинской помощи и ухода на дому.
72. Содержание мероприятий паллиативной медицинской помощи и ухода на дому.
73. Участие в процессе профессиональных и непрофессиональных работников.
74. Принципы организации паллиативной медицинской помощи в РФ.
75. Структура и основные направления деятельности подразделений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям.
76. Хосписный уход как неотъемлемая часть паллиативной медицинской помощи инкурабельным больным в учреждениях социального обслуживания.

77. Преимущество и этапность оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, амбулаторно и на дому.
78. Психологические и социальные проблемы ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Вопросы этики и деонтологии.
79. Психологическая помощь детям в терминальной стадии заболевания.
80. Психологическая помощь членам семьи больного в терминальной стадии заболевания.
81. Правовые и психолого-социальные аспекты социальной работы с онкологическими больными.
82. Специализированные подразделения для оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.
83. Методология паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.
84. Лечение хронической боли онкологического генеза
85. Этапы развития медицинской этики и деонтологии. Биоэтика
86. Критерии смерти. Понятия «клиническая смерть», «биологическая смерть» и «смерть мозга».
87. В чем суть положений Федерального закона № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 32 и 36), определяющих паллиативную медицинскую помощь.
88. Что определяют основные положения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"

Фонд экзаменационных билетов:

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Основные показатели неонатальной службы, ранняя неонатальная смертность, неонатальная смертность, антенатальная смертность (мертворождаемость), перинатальная смертность, младенческая смертность.
2. Клиническая картина острого периода перинатального поражения ЦНС у новорожденных. Алгоритм диагностики и лечения.
3. Принципы проведения реанимации и стабилизации состояния новорождённых детей в родильном зале. Методическое письмо МЗ РФ N 15-4/И/2-2570 от 04.03.2020 г.
4. Герпетическая инфекция новорожденных детей. Эпидемиология. Клиника. Лабораторная диагностика. Специфическая терапия.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Периоды внутриутробного развития. Критические периоды развития плода. Влияние тератогенных факторов на плод.
2. Ранняя и поздняя анемия недоношенных детей. Причины. Патогенез. Профилактика. Лечение.
3. Типы нарушений электролитного баланса и КОС. Методы их коррекции.
4. Алгоритм диагностики ВУИ.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Принципы организации работы медобслуживания новорожденных детей в стационаре.
2. Неонатальные судороги. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Фенилкетонурия. Особенности лечебного питания.
4. Сепсис новорожденных. Патогенез. Диагностические критерии. Интенсивная терапия.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Неонатальный скрининг на наследственные заболевания обмена веществ.
2. Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-фактору. Причины и патогенез ГБН. Факторы риска. Клинические формы ГБН. Профилактика и лечение.
3. Принципы медикаментозной терапии в родильном зале.
4. Цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология. Факторы риска. Диагностический алгоритм. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №5
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Основные принципы грудного вскармливания. Поддержка грудного вскармливания.
2. Критерии физиологической желтухи.
3. Респираторный дистресс-синдром новорожденного. Этиология. Патогенез. Клиника. Протокол лечения.
4. Токсоплазмоз у новорожденных детей. Эпидемиология. Клинико-диагностические критерии. Оценка степени риска поражения.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №6
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. ЗВУР, варианты течения, клинические формы. Дифференциальная диагностика с незрелостью.
2. Виды неонатальных желтух. Дифференциальная диагностика.
3. Эскизоз у новорожденных детей. Принципы инфузионной терапии.
4. Локализованная гнойная инфекция у новорожденных детей. Клинические формы. Тактика неонатолога.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №7
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Фетальные гепатиты.
2. Транзиторное тахипноэ. Диагностический алгоритм. Шкала Даунса. Лечение.
3. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиника. Тактика неонатолога.
4. Особенности иммунной системы у новорожденных.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Недоношенный ребенок. Причины преждевременных родов. Критерии недоношенности. Клинико-морфологические особенности недоношенного ребенка.
2. Родовая травма шейного отдела спинного мозга и плечевого сплетения.
3. Парентеральное питание. Определение. Виды парентерального питания.
4. Иммунокоррекция у новорожденных. Тактика неонатолога.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Критерии живорождения и мертворождения. Преждевременные роды. Значение массы и срока гестации при рождении ребенка(приказ №318).
2. Геморрагическая болезнь новорожденных. Причины. Патогенез. Клинические формы. Профилактика. Лечение.
3. Отек мозга. Клиника. Тактика неонатолога.
4. Инфекционные заболевания пупочной ранки и пупочного канатика. Клинические формы. Диагностика. Профилактика. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Пограничные/транзиторные состояния состояния новорожденных детей. Определение. Физиологическая потеря массы, половой криз, физиологическая желтуха, дисбиоз кишечника и др. Тактика неонатолога.
2. Оценка тяжести асфиксии плода и новорожденного.
3. Гемолитическая болезнь новорожденного по системе АВО.
4. Внутриутробные вирусные инфекции. Тактика неонатолога.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Пренатальная профилактика тяжелых форм РДСН. Шкала Сильвермана.
2. Диабетическая фетопатия. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
3. ДВС-синдром. Стадии. Этиология. Патогенез. Принципы лечения.
4. Понятие об Инфекциях Связанных с оказанием Медицинской Помощи (ИСМП) у новорожденных в неонатологических отделениях первого и второго этапа выхаживания.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №12

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Неинфекционные заболевания кожи.
2. Перинатальное поражение нервной системы у новорожденных детей. Анте- и интранатальные повреждающие факторы. Клиника. Лечение.
3. Гипогликемия у новорожденного. Клинические варианты.
4. Анемии новорожденных. Этиология.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №13

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении.
2. Основные принципы выхаживания маловесных детей.
3. Острое повреждение почек у новорожденных детей (ОПП) Острая почечная недостаточность.
4. Врожденные пороки сердца. Показания и алгоритм назначения сердечных гликозидов.
5. Пневмонии у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Протокол энтерального вскармливания недоношенных детей. Особенности вскармливания недоношенных детей. Расчеты, методы кормления. Питание через зонд. Коррекция ингредиентов.
2. Врожденная пневмония. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения.
3. Показания и техника заменного переливания крови.
4. Менингиты новорожденных. Этиология. Клиника. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Механизм первого вдоха. Становление функции внешнего дыхания. Кардиореспираторная адаптация новорожденных.
2. Родовая травма. Определение. Классификация. Синдром перинатального поражения нервной системы. Профилактика родового травматизма.
3. Принципы проведения инфузионной терапии у новорожденных.
4. Дифференциальная диагностика внутриутробных инфекций.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №16

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Синдром аспирации мекония у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
2. БЛД. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
3. Неврологический осмотр новорожденных.
4. Принципы рациональной антибактериальной терапии у новорожденных.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №17

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Врожденный гипотиреоз. Алгоритм ранней диагностики. Лечение.
2. Неонатальный холестаз. Клиника. Тактика лечения.
3. Некротизирующий энтероколит новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
4. Нарушение биоценоза кишечника у новорожденных детей. Причины. Методы коррекции биоценоза кишечника.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №18

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Группы новорожденных высокого «риска».
2. Синдром персистирующего фетального кровообращения.
3. Респираторная терапия у новорожденных детей. Показания. Параметры. Риск Осложнений. Виды ИВЛ.
4. Особенности инфекций мочевыводящей системы у новорожденных детей. Этиология. Клиника. Алгоритм лечения.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №19

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Надпочечниковая недостаточность у новорожденных детей.
2. Холестаз. Диагностика. Патогенез. Лечение.
3. Врожденная патология почек. Методы диагностики (антенатально, постнатально).
4. Шок у новорожденных детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №20

итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Неонатология»

1. Критерии зрелости новорожденных детей. Шкала Дубовича, Балларда.
2. Синдром рвоты и срыгиваний у новорожденных детей.
3. Адреногенитальный синдром. Клинические формы у новорожденных детей. Диагностика. Лечение.
4. Лечебное питание. Показания к назначению.

Заведующий кафедрой педиатрии с курсом
неонатологии ФПК и ППС, д.м.н., профессор

Е.И. Клещенко

Фонд ситуационных задач:

| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
|---|---|---|
| У | - | <p>Мальчик С. находится в отделении патологии новорожденных с 12 суток жизни. Из анамнеза известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне фетоплацентарной недостаточности, тяжелого гестоза, 1 преждевременных родов на 30 неделе гестации путем экстренного кесарева сечения из-за прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода. Вес при рождении 1500г, рост 41 см. Оценка по Апгар 5-6 баллов. Из родильного зала поступил в ОРИТН. С рождения до 3 суток жизни находился на неинвазивной ИВЛ в режиме NCPAP, далее на самостоятельном дыхании. С рождения получил аб-терапию по поводу врожденной пневмонии, инфузионную терапию с элементами нутритивной поддержки. В динамике состояние ребенка с улучшением за счет купирования дыхательных расстройств, кислородной зависимости, уменьшения неврологической симптоматики в виде нарастания двигательной активности. На 16 сутки жизни ребенок выложен в кроватку, начал кормиться из рожка с периодическим докармливанием через ОГЗ.</p> <p>С 25 суток жизни состояние ребенка с некоторой отрицательной динамикой за счет нарастания синдрома угнетения, бледности кожных покровов. Ребенок стал вяло сосать из рожка, не просыпаться к кормлению. Объективно: выхаживается в кроватке с подачей увл. кислорода 0,2л/мин. Реакция на осмотр снижена, кожные покровы</p> |

| | | |
|-----|---|--|
| | | бледные с периорбитальным цианозом, ЧД 54-56 в минуту, дыхательные расстройства выражены незначительно, аускультативно дыхание жесткое. ЧСС 168-170 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичны. Над верхушкой выслушивается легкий систолический шум. Живот мягкий, не вздут, печень + 1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание в норме. В ОАК: гемоглобин 75 г/л, эритроциты $2,1 \times 10^{12}/л$, гематокрит – 0,26, лейкоциты $10 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы 0%, сегментоядерные нейтрофилы 36%, лимфоциты 54%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты $260 \times 10^9 /л$, СОЭ 3 мм/час. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Недоношенность 30 недель. Ранняя анемия недоношенного тяжелой степени. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Причины ранней анемии недоношенных? |
| Э | - | Быстрое увеличение объема крови, усиленный распад эритроцитов, снижение эритропоэтина, функциональная незрелость костного мозга, задержка наступления активного эритропоэза. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| В | 3 | Виды анемий недоношенных и сроки развития. |
| Э | - | Ранняя анемия до 2 месяцев жизни, поздняя анемия после 3 месяцев. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Дан неполный ответ. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| В | 4 | Принципы терапии ранней анемии недоношенных. |
| Э | - | Рациональное питание и оптимизация ухода за недоношенным ребенком (прогулки на свежем воздухе, массаж, гимнастика, профилактика рахита). Рекомбинантный эритропоэтин в сочетании с препаратами железа. Гемотрансфузия отмытых эритроцитов по показанием. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Назовите не менее 2 препаратов рекомбинантного эритропоэтина, дозу и способ введения. |
| Э | - | Эритропоэтин, Рекормон, Веро-Эпоэтин, Эпостим, Эпоэтин. 200МЕ/кг/сут п/к 3 раза в неделю. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |

| | | |
|----|---|---|
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Ребенок 3 суток жизни от женщины 18 лет, соматически здоровой, от 1 беременности, протекавшей с гестозом во 2-м триместре, ФПН. Роды экстренные преждевременные, на 32-33 неделе беременности, оперативные, путем кесарева сечения по поводу прогрессирования ФПН и начавшейся острой гипоксии плода. Был обнаружен истинный узел пуповины. Масса тела при рождении 2000 г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. Безводный промежуток 13 часов. Состояние при рождении тяжелое за счет дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения ЦНС. В первые 12 часов находился на неинвазивной ИВЛ в режиме НСРАР, энтеральное питание начато с конца 1 суток в объеме физиологической нормы. С 3 суток жизни состояние с ухудшением за счет нарастания синдрома срыгивания, неврологической симптоматики в виде угнетения. Объективно: на осмотре реакция снижена, глаза не открывает, болезненная гримаса, не плачет. Кожные покровы с выраженной бледностью, мраморным рисунком, периоральным цианозом, слизистые бледные. ЧД 52-54 в минуту. Дыхательные расстройства не выражены. Аускультативно пуэрильное дыхание. ЧСС 174-178 в минуту, тоны сердца приглушены, склонность к тахикардии, выслушивается легкий систолический шум на верхушке. Живот умеренно поддут, при пальпации чувствительный. Печень +2,0см из-под края реберной дуги, край ее эластичный, селезенка у края реберной дуги. Мочится адекватно. Стул самостоятельный, желто-зеленый.</p> <p>В ОАК гемоглобин -62 г/л, лейкоциты $-15,6 \times 10^9 / л$, нейтрофилы сегментоядерные -46%, палочкоядерные -0, лимфоциты -40%, моноциты -12%, эозинофилы -2, тромбоциты $-170,0 \times 10^9 / л$. СОЭ 5 мм/час.</p> <p>В биохимическом анализе - общий белок 51 г/л, СРБ 3,9 мг/л, креатинин 32 ммоль/л, мочевины 4,8 ммоль/л, АСТ 36, АЛТ 42 Ед/л, общий билирубин 105 мкмоль /л, прямой – 6,9 мкмоль/л, Na 122 ммоль/л, калий 6,8 ммоль/л.</p> <p>Рентгенография ОГК – патологии не выявлено.</p> <p>УЗИ ОБП и забрюшинного пространства – двустороннее кровоизлияние в надпочечники.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Двустороннее кровоизлияние в надпочечники. Недоношенность 32-33 недели. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| В | 2 | Каковы возможные причины постгеморрагических анемий у новорожденных? |
| Э | - | Акушерские травмы, аномалии плаценты, синдром фето-фетальной трансфузии, ДВС-синдром, ятрогенные причины, патология гемостаза. |
| P2 | - | Названо больше 3 причин. |
| P1 | - | Названо меньше 3 причин. |
| P0 | - | Ни указана ни одна причина. |

| | | |
|-----|---|--|
| В | 3 | Какие еще дополнительные обследования необходимо провести этому ребенку? |
| Э | - | Определение группы крови резус-фактора ребенку и матери (подготовка к гемотрансфузии), коагулограмма, НСГ (с целью исключения внутричерепных кровоизлияний). |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены не все дополнительные методы. |
| P0 | - | Ответ неверен. |
| | | |
| В | 4 | Определите дальнейшую тактику введения данного пациента. |
| Э | - | Восполнение ОЦК и коррекция уровня гемоглобина (гемотрансфузия отмытых эритроцитов по индивидуальному подбору). |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Какие мероприятия необходимо выполнить перед началом гемотрансфузии отмытых эритроцитов и во время? |
| Э | - | Проведение проб на совместимость (на плоскости, биологическая). Во время гемотрансфузии - контроль диуреза, температуры тела, мониторинг витальных функций (ЧСС, АД, сатурации). |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок А. (девочка) от первой беременности, матери 22 года. Из анамнеза известно, что женщина страдает хроническим тонзиллитом, язвой 12- перстной кишки, эрозией шейки матки. В сроке беременности 31 неделя отмечались проявления аллергического дерматита после приема хофитола. В 11-12 недель выявлены инфекция мочевыводящих путей, кандидозный кольпит. Проводилось лечение. Во II триместре беременности выявлен и пролечен уреоплазмоз. Роды на 41-42 неделе, отмечались признаки хронической гипоксии плода, слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода. Произведено кесарево сечение. При осмотре плаценты выявлены дегенеративные изменения. Околоплодные воды густые мекониальные. Ребенок извлечен с массой тела 2800 г., длина тела 50 см., окр. головы 35 см., окр. груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. При первом осмотре состояние крайне тяжелое, без дыхания, с редким сердцебиением. Проводились реанимационные мероприятия: санация ротоглотки, заинтубирован. При санации трахеи получен меконий в объеме 3 мл. ИВЛ мешком Амбу. В легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Переведена в ПИТ в первые сутки жизни на аппарат ИВЛ с жесткими параметрами. Отмечалась клиника шока. Поставлен пупочный катетер, Титровался дофамин. Состояние стало стабильнее. Не кормилась до 4 суток жизни, затем питание через зонд, усваивала. При переводе на второй этап выхаживания состояние с улучшением: на самостоятельном дыхании с подачей увлажненного кислорода 1л/мин через лицевую маску, отмечаются дыхательные |

| | | |
|-----|---|---|
| | | расстройтва в виде втяжение грудины и межреберий, на высоте вдоха влажные хрипы. В клиническом анализе крови на 4 сутки жизни гемоглобин 162 г/л, лейкоциты $25,63 \times 10^3$ /мл, метамиелоциты 1%, метамиелоциты 2%, палочек 12%, сегментов 65%, лимфоцитов 9%, моноцитов 11%. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Неонатальная аспирация меконием. Постаспирационная пневмония, тяжелое течение. ДН 2 степени. Внутриутробная гипотрофия 1 степени. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, острый период в форме синдрома угнетения. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Назовите способы профилактики синдрома мекониальной аспирации. |
| Э | - | Аntenатальная профилактика – своевременная диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода, предупреждение перенашивания беременности, оптимизация техники родоразрешения. Постнатальная профилактика – оптимизация первичной реанимационной помощи в родильном зале. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Способы профилактики не названы. |
| | | |
| В | 3 | Назовите основной метод диагностики данного заболевания и возможные результаты. |
| Э | - | Рентгенография органов грудной клетки. Наличие инфильтративных теней с областями ателектазов и эмфизематозными участками. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Назван метод без возможных результатов. |
| P0 | - | Ответ неверен. |
| | | |
| В | 4 | С какими заболеваниями необходимо провести диф. диагностику? |
| Э | - | РДС, персистирующая легочная гипертензия. |
| P2 | - | Ответ дан полностью. |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Назовите результаты перкуссии и аускультации легких данного ребенка. |
| Э | - | При перкуссии – участки притупления с участками коробочного звука. Аускультативно - ослабленное или жесткое дыхание с большим количеством проводных и крепитирующих хрипов. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены результаты или перкуссии или аускультации. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ |

| ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ | | |
|-------------------|---|---|
| У | - | Недоношенный мальчик 1 месяца жизни поступил в отделение второго этапа выхаживания. Из анамнеза известно, что ребенок родился на 24 неделе гестации от матери с тяжелым гестозом путем операции кесарева сечения. При рождении масса тела – 620 г, длина 35 см, окружность головы 30 см, окружность груди 27 см. С рождения по 27 сутки жизни находился на ИВЛ, затем на СРАР. На самостоятельном дыхании с 29 суток жизни. В реанимации эндотрахеально вводился сурфактант, получал лечение по поводу врожденной пневмонии; При переводе масса тела составляет 1100 г, состояние тяжелое за счет признаков дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики на фоне морфофункциональной незрелости. Выхаживается в инкубаторе с дополнительной оксигенацией 1л/мин в кислородную палатку. По данным КЩС крови компенсирован. При осмотре грудная клетка уплощена, ЧД 58-62 в минуту. Дыхательные расстройства в виде втяжения подреберий, тракции грудины. При аускультации над легкими выслушивается большое количество крепитирующих хрипов. Живот вздут, мягкий, безболезненный, петли кишечника растянуты газом. Стул самостоятельный, с зеленью. Мочится свободно. |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Бронхолегочная дисплазия, новая форма, тяжелое течение. ДН 1-2 степени. Недоношенность 24 недель (ПКВ 28 недель). |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| В | 2 | Какие формы БЛД выделяют в настоящее время? |
| Э | - | Новая, классическая форма и БЛД доношенного. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Названы не все формы. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| В | 3 | Назовите 4 основных критерия диагностики БЛД. |
| Э | - | Указание в анамнезе на проведение ИВЛ в течение первых 3 дней жизни, сохранение в возрасте 28 суток признаков дыхательной недостаточности, необходимость проведения кислородной терапии в возрасте 28 суток, характерные рентгенологические изменения. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены не все критерии диагностики. |
| P0 | - | Ответ не верен. |
| В | 4 | Назовите типичную рентгенологическую картину при БЛД. |
| Э | - | Низкое стояние диафрагмы, широкие межреберный промежутки, линейные уплотнения (участки фиброза), чередующиеся с зонами просветления за счет эмфиземы. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| В | 5 | Назовите группы препаратов, применяемых при лечении БЛД. |
| Э | - | Диуретики, глюкокортикоиды, ингаляционные глюкокортикоиды, |

| | | |
|-----|---|--|
| | | бронходилататоры, витамин А. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены не все группы препаратов. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мальчик Т. находится в отделении реанимации новорожденных.. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Мать юная первородящая. Роды срочные в головном предлежании. Первый период родов – 12 часов, второй период родов 50 минут, 3 период 15 минут. Оценка по шкалы Апгар 2-3 балла. Масса тела при рождении 4100 г, длина тела 58 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 35 см. Состояние ребенка при рождении крайней степени тяжести за счет тяжелой асфиксии при рождении. Реанимационные мероприятия в родильном зале: интубация трахеи, ИВЛ, непрямой массаж сердца, введение адреналина, проведение водной нагрузки. Сразу после родильного зала ребенок переведен в ОРИТН на ИВЛ. В первые часы жизни начато проведение общей гипотермии, отменено в связи возникновением ДВС синдрома в виде легочного и желудочного кровотечения (купировано на фоне трансфузии СЗП). С рождения отмечалась нестабильная гемодинамика, проводилась массивная кардиотоническая поддержка (дофамин, добутамин, норадреналин). На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка с некоторой стабилизацией, по КЩС компенсирован, но оставалось очень тяжелым преимущественно за счет неврологической симптоматики в виде выраженной депрессии ЦНС. С 5 суток жизни состояние ребенка начало прогрессивно ухудшаться за счет нарастания дыхательной недостаточности, потребовавшей ужесточения параметров ИВЛ с последующим переводом на ВЧО, появления пареза кишечника, гипертермического синдрома. Из верхних дыхательных путей стало санироваться большое количество слизисто-гноной мокроты.</p> <p>По результатам дополнительных исследований:</p> <p>В ОАК: гемоглобин 170 г/л, эритроциты $4,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $26,5 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы 18%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 20%, эозинофилы 0%, моноциты 6%, тромбоциты $160 \times 10^9 /л$, СОЭ 12 мм/час.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок 49 г/л, СРБ 90 мг/л, креатинин 40 ммоль/л, мочевины 5,8 ммоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, АСТ 44 Е/л, АЛТ 48 Е/л, билирубин общий 156 мкмоль/л, прямой 7,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 4,2 ммоль/л.</p> <p>По данным рентгенографии ОГК: двусторонняя пневмония.</p> <p>Результаты бактериологического мониторинга: посев из зева, ануса, мокроты: обильный рост <i>Klebsiella pneumoniae</i>.</p> |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Внутрибольничная (вентилятор-ассоциированная) пневмония, тяжелое течение. ДН 3 степени. Церебральная ишемия 3 степени, острый период в форме синдрома угнетения ЦНС. ДВС-синдром в виде легочного и желудочного кровотечения (в анамнезе). |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |

| | | |
|-----|---|---|
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| B | 2 | Назовите основные формы госпитальных инфекций. |
| Э | - | Нозокомиальный сепсис, пневмонии, катетер-ассоциированные инфекции, диареи, менингиты. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| B | 3 | Основная причина и пути распространения внутрибольничных инфекций? |
| Э | - | Причина – нарушение санитарно-эпидемиологического режима. Пути – контактно-бытовой, воздушно-капельный, пищевой. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислена только причина или пути распространения инфекции. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| B | 4 | Этиология внутрибольничных инфекций? Назовите не менее 5 возбудителей. |
| Э | - | Представители условно-патогенной флоры: Staph. aureus, E. coli, Enterococcus, Klebsiella, Proteus, Acinetobacter, грибы рода Candida. |
| P2 | - | Названо 5 и более возбудителей. |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: названо менее 5, но больше 2 возбудителей. |
| P0 | - | Названо меньше 2 возбудителей. |
| | | |
| B | 5 | Что такое деэскалационная антибиотикотерапия? |
| Э | - | Вид антибактериальной терапии, предполагающий выбор при стартовой терапии госпитальных инфекций наиболее мощного и эффективного антибиотика с последующим переходом на антибиотик более узкого спектра действия в зависимости от вида и чувствительности выделенного возбудителя. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок С., девочка. Мать – 42 года, не стояла на учете в ЖК, не обследована. Со слов, на ранних сроках беременности перенесла ОРВИ с повышением температуры тела до фебрильных цифр, в 24, 32 недели отмечались боли внизу живота. Роды 4 срочные, самостоятельные. Массой 3530 г., рост 52 см. По шкале Апгар 6-7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале – санация ВДП, кислород через маску. С рождения у ребенка диагностированы стигмы дизэмбриогенеза – уплощенное лицо с монголоидным разрезом глаз, шейная складка, макроглоссия, укорочение конечностей, низкопосаженные деформированные ушные раковины. Ребенок вялый, грудь не берет, из рожка не съедает необходимый объем. Отмечается постоянный умеренный центральный цианоз кожных покровов, усиливающийся при беспокойстве. Сатурация 82-84% без дополнительной оксигенации. ЧД 56-60 в минуту. Отмечаются дыхательные расстройства в виде втяжения меж- и подреберий. При |

| | | |
|-----|---|--|
| | | аускультации сердца: ЧСС 158-164, тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум у основания сердца слева от грудины. При рентгенографии ОГК отмечается конфигурация сердца в виде «башмачка». |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Синдром Дауна? ВПС: тетрада Фалло. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Назовите 4 классических признака данного порока. |
| Э | - | Большой ДМЖП, обструкция выводного отдела правого желудочка, гипертрофия правого желудочка, декстропозиция аорты. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Не названо ни одного признака. |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? Если да, то какие? |
| Э | - | Дополнительные методы обследования нужны. ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенография ОГК, кариотипирование. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены не все методы. |
| P0 | - | Ни один метод не перечислен. |
| | | |
| В | 4 | Назовите направления лечения данного порока сердца. |
| Э | - | Охранительный режим. Предотвращение закрытия ОАП – простагландины группы E, увеличение объема ИТ, седация больного, коррекция анемии. Кислород противопоказан. Паллиативное и радикальное оперативное лечение. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Назовите цель радикальной операции при данном порке сердца. |
| Э | - | Закрытие ДМЖП, устранение обструкции выводного отдела правого желудочка. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик С, от женщины 36 лет, соматически здоровой, от 4 беременности (1 – срочные роды, девочка 3200 г, здорова, 2 - м/а, 3 – самопроизвольный выкидыш на сроке 12 недель), протекавшей с токсикозом в первой половине беременности, ОРВИ в 6,8 недель. Роды на сроке 36 недель, самопроизвольные, в головном предлежании. Масса тела при рождении 2600 г, рост 48 см. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. К груди приложен в 1 сутки. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписан из родильного дома на 3 сутки. |

| | | |
|-----|---|---|
| | | На 20 сутки жизни ребенок осмотрен участковым педиатром. Мать предъявляет жалобы на вялость, негромкий плач, неактивное сосание груди, плохую прибавку в массе тела (все при осмотре 2690г). Кожные покровы розово-иктеричные с легким периоральным цианозом, отмечается отечность голеней и стоп. ЧД 64-68 в минуту, дыхательные расстройства в виде втяжения межреберий, тракции грудины. Аускультативно в нижних отделах легких выслушиваются хрипы. ЧСС 160, тоны сердца глухие, выслушивается систолический шум слева у нижнего края грудины. Живот мягкий, не вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5см, край ее плотный, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание снижено (слов матери подгузник редко наполняется мочой), стул без особенностей. |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | ВПС. ДМЖП? Недоношенность 36 недель. Неонатальная желтуха. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Назовите варианты расположения дефекта межжелудочковой перегородки. |
| Э | - | Субаортальный, перимембранозный, приточный, мышечный. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Не названо ни одного варианта. |
| | | |
| В | 3 | Какова дальнейшая тактика участкового педиатра. |
| Э | - | Ребенку показана экстренная госпитализация в отделение второго этапа выхаживания для уточнения диагноза и оказания помощи. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Дан не полный ответ. |
| P0 | - | Ответ не верен. |
| | | |
| В | 4 | Назовите направления лечения данного порока сердца. |
| Э | - | Охранительный режим. Медикаментозная поддержка (диуретики, дигоксин). Лечение сопутствующей патологии (анемия, инфекции). Оперативная коррекция. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Назовите необходимые дополнительные обследования, которые нужно провести этому ребенку. |
| Э | - | ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенография ОГК, ОАК, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общ. белок, общ. и прямой билирубин), ОАМ. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ |

| ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ | | |
|-------------------|---|--|
| У | - | <p>Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток 13,5 часов. Околоплодные воды прозрачные. В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду. При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 3 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $23 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 16%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты $160 \times 10^9 /л$, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Врожденная (правосторонняя нижнедолевая) пневмония, тяжелое течение. ДН 3 степени. Недоношенность 32 недели. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| В | 2 | С какими заболеваниями дифференцируют врожденную пневмонию? |
| Э | - | РДС, ТГН. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Не названо ни одно заболевание. |
| В | 3 | Назовите необходимый минимум дополнительных обследований, которые необходимо выполнить. |
| Э | - | Рентгенография ОГК, ОАК, биохимический анализ крови с определением уровня СРБ. |
| P2 | - | Дан полный ответ |

| | | |
|-----|---|--|
| P1 | - | Перечислены не все методы. |
| P0 | - | Методы обследования не названы. |
| | | |
| B | 4 | Назовите дифференциальные критерии пневмонии от РДС на рентгенографии ОГК. |
| Э | - | Для пневмонии характерна не симметричность процесса, в отличие от РДС, наличие инфильтративных теней, усиление легочного рисунка. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| B | 5 | Назовите антибиотики выбора при лечении врожденной пневмонии неустановленной этиологии и длительность терапии. |
| Э | - | Комбинация полусинтетических пенициллинов (ампициллин) с аминогликозидами (амикацин, гентамицин). Длительность терапии не менее 7 дней. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Девочка Ш., 2 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 23 года. Беременность вторая (первая закончилась срочными родами, ребенку 4 года), на учете в женской консультации наблюдалась с 30 недель. Во время настоящей беременности при сроке 8-9 недель отмечалась необильная мелкоточечная сыпь в течение 2 дней и боль в области шеи. В это же время в детском саду, который посещает старший ребенок, отмечалась эпидемия краснухи. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, от стационарного лечения отказывалась. Роды II, преждевременные, на 35-36-й неделе. 1-й период — 5 часов, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 7 часов 30 минут, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2150 г, длина тела 43 см, окружность головы — 28 см, грудной клетки — 29 см.</p> <p>При первичном осмотре неонатолога у ребенка диагностированы множественные стигмы дизэмбриогенеза состояние тяжелое за счет угнетения функций ЦНС, синдрома дыхательных расстройств, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка — на 1 см, плотные при пальпации.</p> <p>На 2-й день жизни состояние очень тяжелое, адинамия, арефлексия, резкая мышечная гипотония. Микрофтальмия. Кожные покровы бледные в виде «пирога с ежевикой» (множественные голубые пятна). На этом фоне отмечается петехиальная сыпь. В легких дыхание ослаблено. При аускультации над областью сердца выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Живот увеличен в размере, печень и селезенка прежних размеров.</p> |
| | | |
| B | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Врожденная краснуха. Недоношенность 35-36 недель. |

| | | |
|-----|---|--|
| | | Внутриутробная гипотрофия 1 степени. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Чем характеризуется классическая триада Грегга? |
| Э | - | Врожденный порок сердца, катаракта, глухота. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ни один из вариантов не верен. |
| | | |
| В | 3 | Какой метод диагностики необходимо провести для подтверждения диагноза? Каковы возможные результаты? |
| Э | - | ИФА крови с выявлением специфических краснушных IgM или персистенция низкоavidных специфических IgG. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Назван метод без возможных результатов. |
| P0 | - | Назван иной метод диагностики. |
| | | |
| В | 4 | Как лечится данное заболевание? |
| Э | - | Специфической антивирусной химиотерапии не существует. Осуществляется симптоматическое лечение всех выявленных аномалий. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: не указана симптоматическая терапия. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Какие изменения могут быть выявлены офтальмологом при осмотре данного ребенка. |
| Э | - | Глаукома, катаракта, хориоретинит. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены не все возможные изменения |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мальчик 3 дней жизни находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, лечения не проводилось. Роды срочные с длительным безводным промежутком 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкалы Апгар 5-6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечалась вялость, срыгивание, сосал вяло, тремор конечностей, навязчивые движения языка, гипорефлексия, гипотония. На 2й день жизни отмечался подъем температуры до 39 °С, синдром возбуждения, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0°С, крик мозговой, положительный симптом Лессажа. Кожные</p> |

| | | |
|-----|---|--|
| | | покровы с серым колоритом, в легких дыхание ослабленное, хрипов нет. ЧСС – 160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги. Стул желтого цвета, с неперевавленными комочками и прожилками слизи. Исследования спинномозговой жидкости: белок – 2,5 г/л, реакция Панди +++, цитоз 1300 в 3 мкл: нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 30%. |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Ранний неонатальный бактериальный менингит. Внутриутробная гипотрофия 1 степени. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| В | 2 | Назовите возможные пути проникновения инфекции в ЦНС. |
| Э | - | Гематогенный, контактный, периневральный пути. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ни один из вариантов не верен. |
| В | 3 | Какой основной путь диагностики менингита. |
| Э | - | Люмбальная пункция с исследованием ликвора. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Дан неполный ответ. |
| P0 | - | Перечислены другие методы обследования. |
| В | 4 | Назовите ранние и поздние осложнения менингита. |
| Э | - | Ранние: судорожный синдром, отек мозга. Поздние: энцефалит, эпендиматит, абсцессы головного мозга, гидроцефалия. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены только ранние или поздние осложнения. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| В | 5 | Назовите противопоказания для проведения люмбальной пункции. |
| Э | - | Шок, ДВС-синдром. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены не все противопоказания. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родился мальчик от матери с гестационным сахарным диабетом. Беременность третья (1-я срочные роды, б/о; 2-я самопроизвольный выкидыш на ранних сроках), протекавшая на фоне угрозы прерывания в 18 недель, в 25 недель (стационарное лечение). Роды преждевременные на 31 неделе. Профилактика РДС не проводилась. Ребенок родился с массой тела 1230г, ростом 42 см. Состояние при рождении очень тяжелое, отмечается патологическое дыхание с втяжением межреберий, уступчивых мест грудины, раздуванием |

| | | |
|----|---|---|
| | | крыльев носа, стон, разлитой акроцианоз, сердцебиение 110 ударов в минуту, гипотония, гипорефлексия. Оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: биназальный СРАР с параметрами РЕЕР - 5см H ₂ O, FiO ₂ – 30%. Ребенок переведен в отделение реанимации для дальнейшего обследования и лечения. В АРО ему были проведены следующие обследования: ОАК, Б/Х крови, группа крови, КЩС, рентгенография ОГК, УЗИ скрининг, НСГ. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Респираторный дистресс синдром новорожденных. Недоношенность 31 неделя. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана недоношенность. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз поставлен на основании данных течения родов (ребенок от матери с гестационным СД, неоднократная угроза прерывания на 18, 25 неделях гестации, в анамнезе самопроизвольный выкидыш), клинических проявлений (состояние тяжелое, патологическое дыхание с втяжением межреберий, уступчивых мест грудины, раздуванием крыльев носа, стон, разлитой акроцианоз, сердцебиение 110 ударов в минуту, гипотония, гипорефлексия), оценки по шкале Апгар (4-6 баллов). Реанимационные мероприятия в родильном зале: биназальный СРАР с параметрами РЕЕР - 5см H ₂ O, FiO ₂ – 30%. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана соматическая патология матери. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Тактика респираторной терапии на этапе ОРИТН. |
| Э | - | При ухудшении состояния новорожденного (частые приступы апноэ-более 4 в час, нарастание респираторного ацидоза по КЩС) сурфактант-терапия и перевод на инвазивную ИВЛ, оптимизация параметров ИВЛ. При улучшении состояния и достижения минимальных параметров вентиляции ребенка переводят на СРАР или SiРАР, затем на самостоятельное дыхание под контролем КЩС крови. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный, не указано, когда переводить ребенка на самостоятельное дыхание. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Какова дальнейшая тактика ведения и лечения новорожденного на этапе ОРИТН. |
| Э | - | На этапе ОРИТН выхаживание ребенка в кувезе с поддержанием нормальной температуры тела, респираторной поддержкой, мониторингования жизненно важных функций, клинико-лабораторное обследование, обеспечить адекватным энтеральным и парентеральным вскармливанием, обеспечение сосудистого доступа, проведение инфузионной, антибактериальной терапии, охранительный режим и развивающий уход. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |

| | | |
|-----|---|---|
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечен , охранительный режим и развивающий уход. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Какой объем обследования необходимо провести, чтобы определить степень тяжести РДСН. |
| Э | - | Чтобы определить тяжесть РДСН нужно провести лабораторные и инструментальные методы обследования. К лабораторным методам относится ОАК, КЩС, СРБ. К инструментальным относится рентгенография ОГК, КТ. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный, т.к. не перечислены инструментальные методы обследования. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родилась девочка, от матери 27 лет. Беременность вторая (1-я срочные роды, б/о), протекавшая на фоне угрозы прерывания в 15 недель, в 24 недели (стационарное лечение, профилактика РДС 2 курсами кортикостероидов). Роды преждевременные на 35 неделе. Состояние при рождении очень тяжелое, отмечались единичные попытки дыхательных движений, стон, разлитой цианоз, сердцебиение 90 ударов в минуту, гипотония, гипорефлексия. Оценка по шкале Апгар на первой минуте 2 балла. Были проведены незамедлительные реанимационные мероприятия: обсушивание, отсасывание слизи из ротоглотки, ИВЛ маской с продленным вдохом в течении 5 сек PIP 30 см H ₂ O, PEEP – 5 см H ₂ O, FiO ₂ – 21% до увеличения ЧСС более 100 ударов в минуту. Ребенок переведен в отделение АРО для дальнейшего обследования и лечения. Через 15 минут состояние ребенка ухудшилось, начала снижаться Sat O ₂ до 70%, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, выступание правой половины грудной клетки. Аускультативно «немое» легкое справа, смещение сердца влево. Проведено обследование: рентгенография ОГК (отмечается просветление с отсутствием легочного рисунка, смещение средостения влево), по КЩС (гипоксемия, гиперкапния, респираторный ацидоз). Решено провести дренирование справа, после чего состояние новорожденного улучшилось. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Напряженный правосторонний пневмоторакс. Недоношенность 35 нед. Асфиксия новорожденного тяжелой степени. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана сторона поражения. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный. |
| | | |
| B | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз поставлен на основании данных течения родов (протекавшая на фоне угрозы прерывания в 15 недель, в 24 недели (стационарное лечение, профилактика РДС 2 курсами кортикостероидов)), клинических проявлений (состояние ребенка ухудшилось, начала снижаться Sat O ₂ до 70%, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, выступание правой половины грудной клетки. |

| | | |
|-----|---|---|
| | | Аускультативно «немое» легкое справа, смещение сердца влево. Проведено обследование: рентгенография ОГК (отмечается просветление с отсутствием легочного рисунка, смещение средостения влево), по КЩС (гипоксемия, гиперкапния, респираторный ацидоз). Решено провести дренирование справа, после чего состояние новорожденного улучшилось. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана соматическая патология матери, и не указаны результаты КЩС. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 3 | Окажите неотложную помощь новорождённому. |
| Э | - | Необходимо провести дренирование выполняя все правила асептики и антисептики. Ребенка укладывают на бок, отводя прямую руку за голову. Кожу обрабатывают антисептиком, а в качестве анестетика используют 0,5-1% раствор лидокаина. Делают небольшой надрез кожи параллельно ребру. С помощью зажима тупо раздвигают межреберные мышцы, продвигаясь вглубь к париетальной плевре. Сжав зажимом кончик дренажной трубки, проводят ее через грудную стенку. Освободив зажим, продвигают дренажную трубку кпереди. После присоединения дренажа к водному клапану должно происходить пробулькивание пузырьков воздуха и движение водного столба при дыхании. При необходимости дренаж подключают к системе отсасывания, создавая разряжение 5-10 см вод ст. Дренажную трубку подшивают одним швом к коже и фиксируют с помощью лейкопластыря. Положение контролируют рентгеновским снимком. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана величина разряжения. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного |
| Э | - | После проведения дренирования проводят контроль положения дренажной трубки рентгенологически, при наличии остаточного воздуха изменяют положение дренажа или ставят второй. Рентгенологический контроль после стабилизации пациента осуществляют не реже 1 раза в сутки. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не описано как часто нужно контролировать положение дренажной трубки и остаточного воздуха. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Через сколько времени можно удалять дренаж после того как он перестал функционировать |
| Э | - | Если легкие расправились в течении 12 часов нет пробулькивания и движения столба жидкости, то дренаж пережимают. И если еще через 12 часов на рентгенограмме легкое расправлено и воздуха в плевральной полости нет, дренаж удаляют. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано через сколько времени можно убирать дренаж, если он не уже не функционирует. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |

| | | |
|----|---|---|
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родился мальчик, от матери 24 лет. Беременность вторая (1-я срочные роды, б/о), протекавшая на фоне угрозы прерывания в 15 недель, в 18 недель, в 21 неделю (стационарное лечение, профилактика РДС 2 курсами кортикостероидов). Роды преждевременные на 27 неделе. Масса тела при рождении 930 грамм, длина тела 34 см. Состояние при рождении очень тяжелое, отмечались единичные попытки дыхательных движений, стон, разлитой цианоз, сердцебиение 120 ударов в минуту, гипотония, гипорефлексия. Оценка по шкале Апгар на первой минуте 2 балла. Были проведены незамедлительные реанимационные мероприятия: помещение в пакет, отсасывание слизи из ротоглотки, ИВЛ маской с продленным вдохом в течении 10 сек PIP 20 см H ₂ O, PEEP – 5 см H ₂ O, FiO ₂ – 30% до появления самостоятельного дыхания. Ребенок переведен в отделение ОРИНТ для дальнейшего обследования и лечения. За все время наблюдения в ОРИТН (30 суток) ребенок находился на неинвазивной ИВЛ, затем на СРАР с FiO ₂ – 30% с незначительным улучшением состояния. При отлучении от СРАР реагирует нарастанием частоты и глубины апноэ. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Бронхолегочная дисплазия, средней степени тяжести, новая форма. Асфиксия при рождении тяжелая степень Недоношенность 27 недель. ПКВ 31 неделя и 2 дня. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана форма БЛД. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный ил нет ответа. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Мальчик от второй беременности (1-я срочные роды, б/о), протекавшая на фоне угрозы прерывания в 15 недель, в 18 недель, в 21 неделю (стационарное лечение, профилактика РДС 2 курсами кортикостероидов). Роды преждевременные на 27 неделе. Масса тела при рождении 930 грамм, длина тела 34 см. Состояние при рождении очень тяжелое, отмечались единичные попытки дыхательных движений, стон, разлитой цианоз, сердцебиение 120 ударов в минуту, гипотония, гипорефлексия. Оценка по шкале Апгар на первой минуте 2 балла. Были проведены незамедлительные реанимационные мероприятия: помещение в пакет, отсасывание слизи из ротоглотки, ИВЛ маской с продленным вдохом в течении 10 сек PIP 20 см H ₂ O, PEEP – 5 см H ₂ O, FiO ₂ – 30% до появления самостоятельного дыхания. Ребенок переведен в отделение ОРИНТ для дальнейшего обследования и лечения. За все время наблюдения в ОРИНТ (30 суток) ребенок находился на неинвазивной ИВЛ, затем на СРАР с FiO ₂ – 30% с незначительным улучшением состояния. При отлучении от СРАР реагирует нарастанием частоты и глубины апноэ. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано время нахождения на ИВЛ. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного на этапе ОРИТН. |
| Э | - | На этапе в ОРИТН выхаживание ребенка в кувезе с поддержанием температуры тела, мониторингования жизненно важных функций, инфузионная, терапия. |

| | | |
|-----|---|---|
| | | <p>Респираторная терапия: ИВЛ необходимо проводить с параметрами, обеспечивающими $paCO_2$ на уровне 60-65 мм.рт.ст., а paO_2 50-70 мм.рт.ст.</p> <p>Оксигенотерапия: при всех способах респираторной поддержки необходимо поддерживать уровень spO_2 90-95%, а для детей с легочной гипертензией 94-96%.</p> <p>Питание: Обеспечивать новорожденного достаточной калорийностью энтерального питания 140-150 ккал/сут с минимальным объемом.</p> <p>Медикаментозное лечение: при интерстициальном отеке используют диуретики (фуросемид), продолжительность лечения до 1 недели. Для длительного применения используют спиронолактон.</p> <ul style="list-style-type: none"> - глюкокортикоиды (дексаметазон) малыми дозами и коротким курсом не ранее 14 суток жизни. - метилксантины бензоат-натриевая соль кофеина, в/в из расчета 20 мг/кг – нагрузочная доза и 5 мг/кг – поддерживающая в 1–2 приема. - ингаляционная терапия (беродуал, пульмикорт) – бронходилатирующее, противовоспалительное действие. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано Какое вскармливание должно проводиться. Не указана поддерживающая доза кофеина. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Укажите противопоказания и снования для отмен дексаметазона. |
| Э | - | Противопоказания к назначению дексаметазона и основания для отмены: 1) текущая активная грибковая инфекция с соответствующими маркерами системной воспалительной реакции; 2) любая стадия энтероколита; 3) стойкая гипергликемия (более 8,6 ммоль/л, для детей с массой тела менее 2000 г. – до 7 ммоль/л); 4) гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта по заключению ЭхоКГ; 5) стойкая артериальная гипертензия |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана артериальная гипертензия. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Укажите прогноз заболевания. |
| Э | - | Ребенок с БЛД может быть выписан домой под амбулаторное наблюдение при условии, что он не нуждается в дополнительном кислороде, при этом $SatO_2$ выше 90% при дыхании атмосферным воздухом, рентгенографическая картина в легких стабильна в динамике, наблюдается самостоятельное сосание и положительная динамика массы тела, отсутствуют клинико-лабораторные признаки инфекции. Пациенты с $SatO_2 < 90\%$ (при наличии ЛГ с $SatO_2 < 92\%$) нуждаются в домашней кислородотерапии с помощью концентратора кислорода и продолжительной пульсоксиметрии. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны показания к домашней кислородотерапии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |

| | | |
|----|---|--|
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родилась девочка от матери 32 лет. Беременность 4 (1-я бер.- срочные роды, б/о; 2-я бер. – м/а, б/о; 3-я бер. срочные роды, б/о; 4-я настоящая), протекавшая на фоне: 1 пол.бер.- б/о, 2 пол.бер.- бактериальный вагиноз (стац.леч.). Роды срочные на 39 неделе, длительный безводный период. Масса тела при рождении 3450 г, длина тела 52 см. Состояние при рождении удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Ребенок после рождения находился с матерью. Со слов матери, ребенок плохо сосал, срыгивал. Через 2 часа после рождения цвет кожных покровов стал бледным, с сероватым колоритом. При аускультации выслушивалось ослабленное дыхание, разнокалиберные хрипы преимущественно в базальных отделах, тахикардия и глухость тонов сердца. Девочку перевели в ПИТ для обследования и лечения. При рентгенологическом исследовании выявили очаговые и инфильтративные изменения, преимущественно в базальных отделах легких. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови увеличение СРБ. Еще через 2 часа у новорожденного narосли дыхательные расстройства, потребовавшие интубации и перевода в ОРИТН для дальнейшего обследования и лечения. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Врожденная пневмония неуточненная, тяжелое течение. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана тяжесть заболевания. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Родилась девочка от матери 32 лет. Беременность 4 (1-я бер.- срочные роды, б/о; 2-я бер. – м/а, б/о; 3-я бер. срочные роды, б/о; 4-я настоящая), протекавшая на фоне: 1 пол.бер.- б/о, 2 пол.бер.- бактериальный вагиноз (стац.леч.). Роды срочные на 39 неделе, длительный безводный период. Со слов матери, ребенок плохо сосал, срыгивал. Через 2 часа после рождения цвет кожных покровов стал бледным, с сероватым колоритом. При аускультации выслушивалось ослабленное дыхание, разнокалиберные хрипы преимущественно в базальных отделах, тахикардия и глухость тонов сердца. Девочку перевели в ПИТ для обследования и лечения. При рентгенологическом исследовании выявили очаговые и инфильтративные изменения, преимущественно в базальных отделах легких. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови увеличение СРБ. Еще через 2 часа у новорожденного narосли дыхательные расстройства, потребовавшие интубации и перевода в ОРИТН для дальнейшего обследования и лечения. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Нет интерпретирования ОАК. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного на этапе ОРИТН. |
| Э | - | На этапе в ОРИТН выхаживание ребенка инкубаторе/ОРС с поддержанием температуры тела, респираторной поддержкой, мониторинга жизненно важных функций, обеспечить адекватным энтеральным и парентеральным вскармливанием, антибактериальной |

| | | |
|-----|---|--|
| | | терапией с максимальным перекрытием микробного спектра, до получения микробиологических посевов, контроль КЩС крови для адекватной респираторной поддержки, контроль рентгенологической картины для уточнения характера воспалительного процесса, УЗИ скрининг новорожденного для исключения сопутствующей патологии. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны особенности антибактериальной терапии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Укажите объем необходимого мониторинга на фоне ИВЛ: |
| Э | - | <p>Параметры ИВЛ: FiO₂, ЧД (принудительная и спонтанная), время вдоха P_{ip}, P_{exp}, MAP, V_t, процент утечки; — мониторинг газов крови и кислотно основного состояния; Периодическое определение газов крови в артериальной, капиллярной или венозной крови, постоянное определение оксигенации: SpO₂ и TcCO₂. У пациентов, находящихся в тяжелом состоянии и у пациентов на высокочастотной ИВЛ рекомендуется постоянный мониторинг TcCO₂ и TcO₂. — мониторинг гемодинамики: ЧСС (ЭКГ), АД; — периодическая оценка данных рентгенограммы органов грудной клетки.</p> |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана рентгенограмма органов грудной клетки. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Укажите прогноз заболевания. |
| Э | - | Летальность при врожденной пневмонии составляет 5-10%. При выздоровлении доношенных детей, перенесших врожденную бактериальную пневмонию, отдаленный прогноз, как правило, благоприятный. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан процент летальности. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родилась девочка от матери 32 лет. Беременность 2 (1-я бер.- срочные роды, б/о; 2-я настоящая), протекавшая на фоне: 1 пол.бер.- б/о, 2 пол.бер.- гестационный пиелонефрит (стац.леч.). Роды срочные на 39 неделе, длительный безводный период. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 50 см. Состояние при рождении удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Через 2 часа после рождения цвет кожных покровов стал бледным, с сероватым колоритом, ребенок стал плохо сосать, срыгивать, стал менее активным, появился акроцианоз, западание мечевидного отростка, межреберных промежутков, раздувание крыльев носа, шумное дыхание. Правая половина грудной клетки уплощена, при аускультации выслушивалось ослабленное дыхание и крепитация справа, усиленное дыхание слева и разнокалиберные хрипы, |

| | | |
|----|---|---|
| | | тахикардия и глухость тонов сердца. При рентгенологическом исследовании выявили гомогенное затемнение нижнедолевых сегментов, смещение органов средостения вправо, слева очаговые тени в базальных отделах, усиление легочного рисунка. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови увеличение СРБ. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Врожденная пневмония неуточненная, тяжелое течение. Правосторонний ателектаз. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана тяжесть заболевания. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Родилась девочка от матери 32 лет. Беременность 2 (1-я бер.- срочные роды, б/о; 2-я настоящая), протекавшая на фоне: 1 пол.бер.- б/о, 2 пол.бер.- гестационный пиелонефрит (стац.леч.). Роды срочные на 39 неделе, длительный безводный период. Через 2 часа после рождения цвет кожных покровов стал бледным, с сероватым колоритом, ребенок стал плохо сосать, срыгивать, стал менее активным, появился акроцианоз, западание мечевидного отростка, межреберных промежутков, раздувание крыльев носа, шумное дыхание. Правая половина грудной клетки уплощена, при аускультации выслушивалось ослабленное дыхание и крепитация справа, усиленное дыхание слева и разнокалиберные хрипы, тахикардия и глухость тонов сердца. При рентгенологическом исследовании выявили гомогенное затемнение нижнедолевых сегментов, смещение органов средостения вправо, слева очаговые тени в базальных отделах, усиление легочного рисунка. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови увеличение СРБ. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Нет рентгенологической картины. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного на этапе ОРИТН. |
| Э | - | На этапе в ОРИТН выхаживание ребенка в ОРС с поддержанием температуры тела, мониторингования жизненно важных функций, контроль КЩС крови для адекватной респираторной поддержки, контроль рентгенологической картины для уточнения характера воспалительного процесса, УЗИ скрининг новорожденного для исключения сопутствующей патологии. При лечении пневмоний обычно придерживаются консервативной тактики. В большинстве случаев достаточно ингаляции увлажненной воздушно-кислородной смеси под контролем SpO ₂ . Респираторная терапия: ИВЛ необходимо проводить с параметрами, обеспечивающими нормальный газовый состав крови. Для улучшения расправления легкого новорожденного укладывают на здоровую половину, проводят перкуторный массаж. Питание: Обеспечивать новорожденному объем энтерального и ПП в соответствии физпотребностью. Медикаментозное лечение: антибактериальная терапия - комбинацию полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов: Ампициллин + Гентамицин (в течении 7 дней). |

| | | |
|-----|---|---|
| | | При получении микробиологических посевов антимикробную терапию подбирают в соответствии с посевами, при условии, что стартовая терапия не перекрывает микробный спектр и состояние пациента не улучшается. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано какое положение тела нужно предать новорожденному. Не указаны особенности проведения антибактериальной терапии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Какой объем дополнительных обследований должен быть проведен для уточнения диагноза. |
| Э | - | Для уточнения диагноза должны быть проведены следующие обследования: Рентгенологическое исследование ОГК, капнография, ОАК, Б/Х крови, КЩС крови, КТ ОГК. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано рентгенологическое исследование. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Профилактика образования ателектазов |
| Э | - | Для профилактики ателектаза легкого важны недопущение аспирации инородных тел и желудочного содержимого, поддержание проходимости дыхательных путей. В послеоперационном периоде показана ранняя активизация больных, адекватное обезболивание, активное откашливание бронхиального секрета. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано обеспечение проходимости дыхательных путей. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик родился от матери 23-хлет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжелое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи - гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар 6 баллов. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Асфиксия новорождённого умеренная |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана тяжесть асфиксии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный |
| | | |
| B | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорождённого), клинических проявлений (состояние тяжелое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется |

| | | |
|-----|---|--|
| | | некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны данные о течении родов. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 3 | Окажите неотложную помощь новорождённому |
| Э | - | После отделения от матери предотвратить потерю тепла (положить под источник лучистого тепла); придать новорождённому положение со слегка запрокинутой головой, освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом или кислородно-воздушной смесью). Оценить состояние новорождённого. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечено правильное положение ребенка и тактильная стимуляция. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Укажите критерии эффективности проводимых мероприятий |
| Э | - | ЧСС более 100 в мин, восстановление адекватного самостоятельного дыхания. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного |
| Э | - | После проведения реанимационных мероприятий новорождённого для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг) перевести в ПИТ. Транспортировка проводится в транспортном инкубаторе. На этапе транспортировки при необходимости обеспечить проведение активного согревания и ИВЛ. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечена необходимость транспортного инкубатора и проведение ИВЛ на этапе транспортировки. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка, от матери с врожденным пороком сердца, хронической сердечной недостаточностью, от первой беременности, протекавшей с анемией, первых преждевременных родов, родилась в 34 недели, массой 1400 г, ростом 41 см, путем операции кесарева сечения, в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Состояние ребенка тяжелое, не кричит, адинамия, атония, физиологические рефлексы угнетены. Тотальный цианоз. Пушковые волосы на плечах и спине. Дыхание отсутствует, брадикардия – ЧСС менее 60 в минуту. Оценка по шкале Апгар в конце первой минуты 1 |

| | | |
|----|---|--|
| | | балл. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Асфиксия новорожденного тяжелой степени. Фон: Недоношенность 34 недели. ЗВУР I степени гипотрофический вариант. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана ЗВУР I степени гипотрофический вариант. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Учитывая экстрагенитальную патологию матери (ВПС с хронической сердечной недостаточностью), осложненное течение беременности (анемия) и родов (преждевременные роды в 34 недели путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты) и состояние ребенка тяжелое: не кричит, адинамия, атония, физиологические рефлексы угнетены, тотальный цианоз, отсутствие дыхания, брадикардию ЧСС менее 60, очень низкую массу тела (масса 1400 г, рост 41 см., ребенка), явления морфо-функциональной незрелости (пушковые волосы на плечах и спине), низкую оценку по шкале Апгар на первой минуте 1 балл выставлен данный диагноз. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана экстрагенитальная патология матери. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Окажите неотложную помощь новорожденному |
| Э | - | Быстро отделить от матери. Поместить под лучистое тепло. Провести интубацию трахеи на 1-й минуте жизни, санацию трахеи через интубационную трубку, начать ручную ИВЛ мешком Амбу, FiO ₂ =0,21. Если через 30 сек сохраняется брадикардия – начать непрямой массаж сердца, продолжая ИВЛ мешком Амбу, FiO ₂ =90-100%. Если через 30 секунд непрямого массажа сердца ЧСС менее 60/мин – ввести адреналина 0,01% р-ра 0,2-0,4 мл эндотрахеально 0,3 - 1 мл/кг. Если через 30 сек ЧС меньше 60 уд/мин, ввести адреналин внутривенно 0,1 - 0,3 мл/кг через пупочный катетер. Если через 30 секунд ЧСС менее 60/мин начать восполнение ОЦК 0,9% раствором натрия хлорида (10 мл/кг) 14 мл в течение 5 минут, коррекцию ацидоза – 4% раствор бикарбоната натрия 4 мл/кг (5-6 мл) в течение 2-х минут (2 мл/кг/мин). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечено эндотрахеальное введение адреналина. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Укажите критерии эффективности проводимых мероприятий |
| Э | - | ЧСС более 100 в мин, восстановление адекватного самостоятельного дыхания. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. Не указано восстановление самостоятельного дыхания. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |

| | | |
|-----|---|--|
| В | 5 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного |
| Э | - | После оказания первичной и реанимационной помощи показан перевод в ПИТ/ОРИТН в транспортном инкубаторе. Показана комплексная интенсивная терапия – выхаживание в кувезе, мониторинг жизненно важных функций, респираторная терапия, инфузионная терапия, инотропная поддержка, восполнение ОЦК (волювен, инфукол), заместительная терапия (эритроциты, плазма) при подтверждении тяжелой постгеморрагической анемии, парентеральное питание (глюкоза, аминовен), минимальное энтеральное питание в первые сутки, антибактериальная терапия. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечена необходимость транспортного инкубатора и проведение ИВЛ на этапе транспортировки. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родился мальчик от женщины 33-хлет, страдает гипертонической болезнью. Беременность 5-ая, протекала на фоне угрозы прерывания, гестоза. Преждевременные роды 2-ые в 27 недель. Родился мальчик массой 900гр, длиной тела 35см. Ребенок вялый, реакция на осмотр слабая, рефлексы угнетены. Крик слабый, стонущий, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, кожа цианотичная, при аускультации тоны приглушены, ЧСС-170уд. в мин, оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты 6 баллов. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Асфиксия средней степени тяжести. Недоношенность 27 нед |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана степень тяжести асфиксии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | постдиагноз выставлен на основании анамнеза: мать имеет отягощенный акушерский анамнез, страдает гипертонической болезнью; осложненного течения беременности на фоне угрозы прерывания, гестоза; преждевременных родов в 27 недель; рождения ребенка с экстремально низкой массой тела; данных объективного осмотра: ребенок вялый, реакция на осмотр слабая, рефлексы угнетены, крик слабый, стонущий, -отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, кожа цианотичная, при аускультации тоны приглушены, ЧСС-170уд. в мин, оценка по шкале Апгар 6 баллов. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана экстрагенитальная патология матери. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| В | 3 | Н Назовите оборудование родильного зала для проведения первичной и реанимационной помощи детям с ЭНМТ. |

| | | |
|----|---|---|
| | | |
| Э | - | <ol style="list-style-type: none"> 1.Источник лучистого тепла, терморезистентный мешок или пленка 2. Оборудование для отсасывания (электроотсос, баллончик, катетеры, желудочные зонды, тройники) 3. Оборудование для ИВЛ (источник кислорода, ротаметр, увлажнитель, соединительные кислородные трубки, саморасправляющийся мешок, лицевые маски, оральные воздуховоды, аппарат для механической ИВЛ сТ-коннектором, манометр) 4. Оборудование для интубации трахеи (ларингоскоп с прямым клинком № 0, эндотрахеальные рубки размером 2,5; 3,0) 5. Инструменты для введения медикаментов (шприцы, иглы, пупочные катетры) 6.Apgar-timer 7.Пульсоксиметр |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не отмечен пульсоксиметр. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Окажите неотложную помощь новорожденному |
| Э | - | <p>Алгоритм проведения первичных реанимационных мероприятий у недоношенных, родившихся на сроке менее 29 недель гестации.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Зафиксировать время рождения 2.Пересечь пуповину и наложить зажим на пуповинный остаток 3.Перенести ребенка под источник лучистого тепла 4.Убедиться в живорожденности 5. Наложить датчик SpO2 на правое предплечье, подключить датчик к монитору 6.с Не осушивая поместить ребенка в прозрачный терморезистентный пакет с прорезью для головы или обернуть в пленку из термоустойчивого пластика 7.Санация верхних дыхательных путей 8. При наличии регулярного спонтанного дыхания (в том числе стонущего, с втяжением уступчивых мест) и ЧСС более 100 ударов в минуту проводят с первых минут СРАР при помощи биназальных канюль, назальной или лицевой маски (РЕЕР +5 см H2O Fi O2 0,21) 9.Транспортировка в транспортном инкубаторе в ПИТ |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указаны стартовые параметры СРАР. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 5 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного |
| Э | - | <ol style="list-style-type: none"> 1.Поддержание нормальной температуры тела, мониторинг витальных функций. 2.Ранний назальный СРАР 3.Профилактическое введение сурфактанта (куросурф 100-200мг/кг), при отсутствии эффекта от СРАР 4.Инфузионная терапия из расчета 80 мл/кг/сут 5. Минимальное энтеральное питание через 12 часов материнским молоком или смесью для недоношенных. 6.Парентеральное питание (глюкоза 5% или 10%, аминокислоты) 7. 7 Профилактика инфекции (антибактериальная терапия) 8.Коррекция метаболических нарушения, гипербилирубинемии, |

| | | |
|-----|---|--|
| | | тяжелой анемии., контроль уровня гликемии, газового состава крови. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечена сурфактант-терапия. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка от 1-йбеременности, первых срочных родов родилась с массой 4000 г длиной 54 см. Матери 17 лет. Беременность протекала с чрезмерной прибавкой массы, роды со слабостью родовой деятельности с применениемвакуум-экстракции.Ребенок родился в зеленых околоплодных водах, закричал сразу. Крик громкий, эмоциональный. Чихает. Кожа розовая с выраженным акроцианозом. Совершает активные движения. Сердечные тоны громкие, ритмичные, ЧСС 140 ударов в минуту. Голова конфигурирована. В левой теменной области – опухолевидное образование над теменной костью, определяется флюктуация. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Родовая травма черепа. Кефалогематома левой теменной кости. Фон: Крупный плод. Острая гипоксия |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечен крупный плод. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз можно поставить на основании юного возраста матери, чрезмерной прибавки массы во время беременности, слабость родовой деятельности с применением вакуумэкстракции в родах, зеленые околоплодные воды, крупную массу ребенка, громкий, эмоциональный крик сразу после рождения, розовую с акроцианозом кожу, активные движения и рефлексы, нормальную сердечную деятельность, конфигурацию головы с опухолевидным образованием над левой теменной костью с флюктуацией. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан возраст матери и чрезмерная прибавка массы телаво время беременности. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Н Оцените состояние ребенка по шкале Апгар в конце первой минуты. |
| Э | - | ✓ЧСС – более 100 ударов в минуту – 2 балла ✓Дыхание – сильный крик (адекватное дыхание) – 2 балла ✓Мышечный тонус – высокий (активные движения) – 2 балла ✓Рефлексы – чихает и кашляет – 2 балла ✓Цвет кожи – выраженный акроцианоз – 1 балл Оценка по шкале Апгар в конце первой минуты – 9 баллов. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано наличие рефлексов. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Окажите первичные мероприятия. |
| Э | - | 1)Зафиксировать время рождения |

| | | |
|-----|---|--|
| | | 2) 2. Переместить ребенка на реанимационный столик с лучистым теплом 3)Обсушить 4)Провести углубленную оценку состояния ребенка, оценить по шкале Апгар в конце 5-й мин. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указано проведение оценки по Апгар в конце 5-й мин. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Опишите технику санации верхних дыхательных путей |
| Э | - | 1. Степень разряжения не более 100 мм рт.ст. 2. Сначала санится полость рта, затем полость носа. 3. Глубина введения кончика катетера при санации полости рта не более 5 см. 4. Не касаться кончиком катетера задней стенки глотки и корня языка. 5. Продолжительность санации не более 5 сек. 6. Разряжение создавать во время введения и извлечения катетера. 7. Кончик катетера проводить между щекой и альвеолярными отростками десен. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указаны пункты 6 и 7. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка от нежеланной беременности, протекавшей на фоне наркомании матери, родилась на 34 неделе беременности после криминального вмешательства. Воды зеленые, зловонные. Выражена тотальная бледность, дыхание отсутствует, атония, арефлексия, сердечные тоны не определяются, пуповина не пульсирует. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Аntenатальная гибель плода (мертворожденность). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана мертворожденность. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| B | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Учитывая отсутствие всех признаков живорожденности у ребенка, родившегося в 34 недели гестации, можно поставить диагноз антенатальная гибель плода (мертворожденность). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указано, что отсутствуют все признаки живорожденности. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 3 | Назовите признаки живорожденности. |
| Э | - | Живорожденным считается продукт зачатия, извлеченный из матки после 24 недели гестации с массой более 500 г, имеющий хотя бы один признак живорожденности: Самостоятельное дыхание. Сердцебиение. Пульсация пуповины. Произвольные движения. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |

| | | |
|-----|---|---|
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указан один или два признака живорождения.. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Укажите первичные и реанимационные мероприятия. |
| Э | - | Реанимационные мероприятия не показаны. Медицинская документация неонатологами на ребенка не оформляется. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указано отсутствие необходимости оформления медицинской документации. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Определите исход. Неблагоприятный. Перинатальная (антенатальная) смерть. |
| Э | - | Исход - неблагоприятный. Перинатальная (антенатальная) смерть. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указан неблагоприятный исход. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка от второй беременности вторых родов родилась на 38 недели массой 2800 г. и рост 48 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Сразу после рождения отмечались обильные пенистые выделения из ротоглотки. Несмотря на проводимую аспирацию, пенистые выделения сохранялись. Появился цианоз носогубного треугольника. Произведено зондирование пищевода, желудочного содержимого не получено. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом. ЗВУР I степени гипотрофический вариант. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан ЗВУР I степени гипотрофический вариант. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| B | 2 | Исследования, подтверждающие диагноз |
| Э | - | Рентгенография в вертикальном положении с захватом грудной клетки и брюшной полости в прямой проекции. Под визуальным контролем ввести водорастворимое контрастное вещество (не более 1 мл) через назогастральный зонд. Проба Элефанта |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный , но не полный. Не указана проба Элефанта |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 3 | Тактика введения новорожденного |
| Э | - | Придание позиции с поднятым на 30о головным концом с целью профилактики рефлюкса желудочного содержимого через свищ, полное парентеральное питание до коррекции ВПР, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение аспирации слюны путем постановки катетера и ее постоянной аспирации. |

| | | |
|-----|---|--|
| | | Антибиотикотерапия. Транспортировка в хирургическое отделение в транспортном кювезе. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечен транспортный кювез |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Классификация |
| Э | - | атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом изолированная атрезия пищевода без свища трахеопищеводный свищ |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 5 | Осложнения |
| Э | - | Осложнения атрезии пищевода в основном связаны с аспирационным синдромом, развитием и прогрессированием дыхательной недостаточности. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Ребенок К, мальчик, родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. В 16 недель беременности перенесла ОРЗ, лечилась домашними средствами. С 25 недели диагностирована анемия – Hb – 100 г/л. Лечилась препаратами железа. Во второй половине беременности диагностирован поздний токсикоз беременных - отеки, патологическая прибавка в весе, подъем артериального давления до 145/90 мм.рт.ст. На УЗИ в 26 недель беременности – признаки фетоплацентарной недостаточности. У женщины рахитически суженный таз.</p> <p>Масса тела ребенка при рождении 3900 г, рост 58 см, окружность головы 38см, груди 36см. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов.</p> <p>В детском отделении на третьи сутки: отмечается беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей, спонтанный рефлекс Моро. Мышечный тонус дистоничный, отмечается паретическая установка обеих стоп. Сухожильные рефлексы оживлены. Безусловные рефлексы снижены. Голова неправильной формы, Б.Р. 2,0x2,0см, не напряжен, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4x6 см, баллотирует, ограничено швами, при пальпации безболезненное, кожа над ним не изменена.</p> <p>Hb 152 г/л, эритроциты 4,2 x 10¹²/л, лейкоциты 11x10⁹/л, с/я нейтрофилы 43%, п/я нейтрофилы 4%, лимфоциты 45%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты 260x 10⁹/л, СОЭ 3 мм/час.</p> <p>По данным НСГ умеренное повышение эхогенности перивентрикулярных зон. ИР=0,9.</p> |

| | | |
|-----|---|--|
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Гипоксически-травматическое поражение ЦНС, острый период в форме синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Кефалогематома правой теменной кости. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Что такое кефалогематома. С чем необходимо ее дифференцировать? |
| Э | - | Кефалогематома – это поднадкостничное кровоизлияние какой-либо кости черепа. Дифференциальный диагноз проводят с родовой опухолью, кровоизлиянием под апоневроз, мозговыми грыжами. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования и при каких условиях? |
| Э | - | Всем детям с кефалогематомами необходимо проведение НСГ. При кефалогематомах больших размеров (более 8 см в диаметре) необходимо проводить рентгенограмму черепа для исключения трещины. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Не перечислены дополнительные методы обследования. |
| | | |
| В | 4 | Какие возможные осложнения кефалогематом? |
| Э | - | Постгеморрагическая анемия, желтуха, оссификация кефалогематомы с возникновением косметического дефекта, инфицирование кефалогематомы. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ. |
| | | |
| В | 5 | Тактика ведения детей с кефалогематомами. |
| Э | - | Показана выжидательная тактика, динамическое наблюдение. В настоящее время пунктируются кефалогематомы больших размеров после 3 недели жизни. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от 1 преждевременных (на 28 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>рождении 1150 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы. В клиническом анализе крови при рождении Нб 160 г/л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$, с/я нейтрофилы 63%, п/я нейтрофилы 4%, лимфоциты 25%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения - Нб 130 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9 \times 10^9/л$, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, СОЭ 4 мм/час. КОС: рН - 6,96, рО₂ - 25 мм рт. ст., рСО₂ - 78 мм рт. ст. ВЕ - -9, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе достигло 100%, сатурация 69, уровень лактата 3,2, глюкозы 2,3, ионизированного кальция 0,75.</p> <p>На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенности перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете – тромбы.</p> |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС в форме ПИВК 2-3 степени, острый период в форме синдрома угнетения ЦНС, судорожного синдрома (купирован). Недоношенность 28 недель. 2 ребенок из двойни. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Сколько выделяют степеней внутрижелудочковых кровоизлияний. Охарактеризуйте каждую из них. |
| Э | - | Выделяют 3 степени. 1 степень – субэпендимальное. 2 степень – перивентрикулярное и интравентрикулярное. 3 степень – субэпендимальное, интравентрикулярное и перивентрикулярное. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| В | 3 | Какие синдромы поражения нервной системы можно выделить у данного ребенка. |
| Э | - | Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, судорожный синдром, синдром угнетения, гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром вегето-висцеральных дисфункций. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены не все синдромы. |

| | | |
|-----|---|--|
| P0 | - | Ответ неверный. |
| | | |
| В | 4 | Каковы последствия внутрижелудочковых кровоизлияний? |
| Э | - | Для 1 степени благоприятный прогноз, осложнения не определяются. При 2 и 3 степени возможно развитие постгеморрагической гидроцефалии, формирование ДЦП, нейропсихологических проблем. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Какая показана при данном состоянии нейрохирургическая помощь. При каких показаниях. |
| Э | - | При возникновении окклюзионной гидроцефалии возможно проведение вентрикуло-субгалеального или вентрикуло-перитонеального шунтирования. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | | Девочка от второй беременности вторых родов родилась на 39 недели массой 2750 г. и рост 47 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. На 3-е сутки после рождения появилась рвота и срыгивание то большими, то малыми порциями, объем меньше объема высосанного молока за одно кормление. Рвота не постоянна. Состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета, влажные. Тургор тканей сохранен. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыханий 40 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 140 в минуту. Живот правильной формы. Диурез незначительно снижен. Имеется склонность к запорам. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Пилороспазм. ЗВУР I степени гипотрофический вариант |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не в полном объеме. Не указан ЗВУР I степени гипотрофический вариант |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| В | 2 | Дифференциальный диагноз |
| Э | - | Перекармливание, врожденный короткий пищевод, врожденная ахалазия пищевода, пищеводно-трахеальный свищ, острая кишечная непроходимость, атрезия кишечника и заднего прохода. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Основные причины рвоты |
| Э | - | Острые инфекционные заболевания или их осложнения (кишечные инфекции, острые заболевания дыхательных путей, отит, менингит), наследственные заболевания, врожденные пороки развития ЖКТ, функциональные нарушения ЖКТ. |

| | | |
|-----|---|---|
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Укажите тактику лечения |
| Э | - | Грудное вскармливание сохраняется, но частично замещается кормлением антирефлюксной смесью. Применение спазмолитиков. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Как и чем кормить такого больного |
| Э | - | Необходимо продолжить кормление грудью, число кормлений увеличить на 1-2 кормления. Добавить смеси с загустителями |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик от третьей беременности вторых родов родился на 37 недели массой 3500 г. и рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. В 1 месяц появилась рвота фонтаном без примеси желчи через некоторое время после кормления 3-4 раза ежедневно. В последующем отмечалось увеличение объема и частоты рвоты. Appetит сохранен, ребенок активно сосет грудь, с жадностью. Через 2 дня уменьшилось количество стула, цвет темно-коричневый. Уменьшилось количество мочеиспускания, моча стала концентрированной и приобрела красноватый оттенок. Дефицит массы тела 16%. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. Отмечается снижение подкожно-жирового слоя и тургора тканей. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыханий 40 в минуту. Тоны сердца чистые, громкие. Частота сердечных сокращений 140 в минуту. Живот правильной формы. В эпигастральной области отчетливо видна перистальтика желудка в форме «песочных часов». Пальпируется утолщенный пилорус размером со сливовую косточку. Число мочеиспусканий 7 раз в сутки. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Врожденный пилоростеноз. Гипотрофия 1 степени |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не в полном объеме. Не указана Гипотрофия 1 степени |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| B | 2 | Дифференциальный диагноз |
| Э | - | С сольтеряющей формой АГС, гастроэзофагеальным рефлюксом, пилороспазм, высокая кишечная непроходимость, другие пороки развития верхнего отдела ЖКТ. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |

| | | |
|-----|---|--|
| В | 3 | Объясните причину изменения стула и мочи |
| Э | - | Изменение стула за счет малого содержания молока и преобладания желчи. Уменьшение количества мочеиспускания в связи с обезвоживанием. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Укажите тактику лечения |
| Э | - | Лечение оперативное, операция пилоротомии по Фреде-Рамштедту с обязательной предоперационной подготовкой (коррекция водных и электролитных нарушений). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ не полный |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 5 | Как и чем кормить такого больного |
| Э | | До операции, дробное кормление грудным молоком или адаптированной смесью по 20-30 мл каждые 2 часа, необходимые энергетические и водные потребности обеспечиваются инфузионной терапией, после операции кормление начинают через 4 часа по 10 мл каждые 2 часа, ежедневно количество молока в кормление увеличивают на 10 мл. Обычно доводят объем питания до возрастной нормы за 10 дней (при не осложненном течении послеоперационного периода) |
| P2 | | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | | Ответ не полный |
| P0 | | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка 3 суток жизни, от 2 беременности, роды 2, перенесенные на 42 неделе беременности. Первая беременность протекала без особенностей. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза, пневмонии и анемии I степени в первом триместре, во втором триместре гестационный сахарный диабет. Преждевременное излитие околоплодных вод, околоплодные воды густые мекониальные. Родилась девочка с массой 3500г, длиной тела 52см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: санация верхних дыхательных путей, биназальный СРАР с параметрами РЕЕР - 5смH ₂ O, FiO ₂ -30%. Состояние ребенка с рождения расценивалось как тяжелое с ухудшением за счет дыхательных расстройств: отмечается патологическое дыхание с втяжением межреберий, уступчивых мест грудины, раздуванием крыльев носа, стон, разлитой акроцианоз. ЧСС 160 ударов в минуту, АД в пределах возрастной нормы. Второй тон на легочной артерии акцентуирован, расщеплен. Выслушивается разлитой сердечный толчок и эпигастральная пульсация. На ЭКГ отклонение электрической оси сердца вправо и снижение сегмента ST.. Печень +3см из под края реберной дуги. Газовый состав крови характеризуется тяжелой гипоксией и умеренной гиперкапнией на «жестких» параметрах вентиляции пиковое давление на вдохе -PIP- |

| | | |
|----|---|--|
| | | 40мм.рт.ст, а в конце выдоха 4-5 см.вод.ст., Fi O2=50%. Ребенок переведен в отделение реанимации для дальнейшего обследования и лечения. В АРО ему были проведены следующие обследования: ОАК, Б/Х крови, группа крови, КЩС, рентгенография ОГК, УЗИ скрининг, НСГ, ЭХОКГ. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Синдром аспирации мекония. ДН 3 ст. Персистирующая легочная гипертензия. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана степень тяжести ДН. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | <p>Диагноз выставлен на основании данных акушерского анамнеза - 2 беременности, роды 2, переношенные на 42 неделе беременности. Первая беременность протекала без особенностей. Настоящая беременность протекала на фоне гестоза, пневмонии и анемии I степени в первом триместре, во втором триместре гестационный сахарный диабет. Преждевременное излитие околоплодных вод, околоплодные воды густые мекониальные. Родилась девочка с массой 3500г, длиной тела 52см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: санация верхних дыхательных путей, биназальный СРАР с параметрами РЕЕР - 5смH2O, FiO2-30%. Состояние ребенка с рождения расценивалось как тяжелое с ухудшением за счет дыхательных расстройств: отмечается патологическое дыхание с втяжением межреберий, уступчивых мест грудины, раздуванием крыльев носа, стон, разлитой акроцианоз. ЧСС 160 ударов в минуту, АД в пределах возрастной нормы. Второй тон на легочной артерии акцентуирован, расщеплен. Выслушивается разлитой сердечный толчок и эпигастральная пульсация. На ЭКГ отклонение электрической оси сердца вправо и снижение сегмента ST. Печень +3см из под края реберной дуги. Газовый состав крови характеризуется тяжелой гипоксией и умеренной гиперкапнией на «жестких» параметрах вентиляции пиковое давление на вдохе - PIP-40мм.рт.ст, а в конце выдоха 4-5 см.вод.ст., Fi O2=50%. Ребенок переведен в отделение реанимации для дальнейшего обследования и лечения. В АРО ему были проведены следующие обследования: ОАК, Б/Х крови, группа крови, КЩС, рентгенография ОГК, УЗИ скрининг, НСГ, ЭХОКГ.</p> |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана соматическая патология матери. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Окажите помощь новорождённому на этапе ОРИТН. |
| Э | - | <p>Для уточнения диагноза проведение гипероксического и гипервентиляционного гипероксического тестов. ЭхоКГ Лечение: традиционная и ВЧ ИВЛ. Обеспечить уровень гемоглобина не менее 40%, гематокрита не менее 120 л/л. Эффективное обезбоживание (наркотические анальгетики). Обеспечение нормального АД (60-80/50-60 мм РТ.ст). При отсутствии эффекта оксид азота.</p> |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный, не указано обезбоживание. |

| | | |
|-----|---|--|
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Какова дальнейшая тактика ведения и лечения новорожденного на этапе ОРИТН. |
| Э | - | При лечении ПЛГ особое значение отводится лечебно-охранительному режиму новорожденного. Для предупреждения легочной вазоконстрикции необходимо избегать гипоксии и гипотермии, ацидоза, анемии, артериальной гипотонии. При стабилизации состояния уход от интенсивной терапии должен быть предельно осторожным и постепенным |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечено значение гипотермии и анемии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Какой объем обследования необходимо провести, чтобы определить степень тяжести персистирующей легочной гипертензии. |
| Э | - | Чтобы определить тяжесть ПЛГ нужно провести лабораторные и инструментальные методы обследования. К лабораторным методам относится мониторинг уровня глюкозы и кальция крови, ОАК, КОС крови. К инструментальным относится ЭхоКГ, доплерография сердца, рентгенография ОГК. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный, т.к. не указана ЭхоКГ. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Девочка, 5 дней, от 1-й беременности, первых преждевременных родов на 34 неделе беременности. Беременность протекала на фоне гестоза, анемии II степени (амбулаторное лечение препаратами железа), приема антибактериальных препаратов по поводу бактериального вагиноза в первом триместре, во втором триместре: анемии I степени, хронической фетоплацентарной недостаточности, маловодия, преэклампсии и приема ингибиторов АПФ. На УЗИ внутриутробно поставлен диагноз: Двусторонний порок развития почек: гидронефроз. Ребенок родился в умеренной асфиксии 6-7 баллов по шкале Апгар, масса тела при рождении 2300г, длина 45см, дыхательные расстройства по шкале Доунса не более 3 баллов. Состояние ребенка с рождения расценивалось как средней степени тяжести, с ухудшением до тяжелой в первые трое суток жизни. На 5 сутки жизни у ребенка отмечается угнетение ЦНС в виде судорог, вялости, болезненной grimасы на лице и неэмоционального крика, снижения мышечного тонуса и угнетения рефлексов. Нарастание отеков в виде анасарки, неустойчивый стул, рвота, тахикардия и гипотония, снижение диуреза до 0,4 мл/кг/ч, сохраняющийся метаболический ацидоз. В связи с чем переводится в ОРИТН. В клиническом анализ крови: Нв - 155 г/л, Л - 10,0 x 10⁹/л, СОЭ 14 мм/ч, КОС: рН - 7,28, рСО₂ - 55 мм.рт.ст., ВЕ -(-12ммоль/л). в Биохимический анализ крови: Билирубин общий - 105мкмоль/л. Na- 109ммоль/л , К- 7,0ммоль/л. Уровень креатинина плазмы - 0,18ммоль/л. В клиническом анализе мочи - осмолярность- 400, Концентрационный коэффициент (КК) натрия- 0,3, КК мочевины- 20,</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | КК креатининна- 18. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Острая почечная недостаточность. Врожденный двусторонний порок развития почек – гидронефроз. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | Данные о патологии беременности и родов (гестоз, анемия, бактериальный вагиноз, ХрФПН, преэклампсия, прием ингибиторов АПФ. УЗИ признаки врожденного порока развития почек в виде двустороннего гидронефроза. Преждевременные роды на 34 неделе беременности, асфиксия при рождении). Клинические данные (тяжесть состояния обусловленное угнетением ЦНС в виде судорог, вялости, болезненной grimасы на лице и неэмоционального крика, снижения мышечного тонуса и угнетения рефлексов, прогрессирующим нарастанием отеков, рвотой, диареей, снижением диуреза ниже 0,5мл/кг/сут, повышением креатинина плазмы более 0,1ммоль/л., дефицитом буферных оснований, гипонатриемией и гиперкалиемией, а так же изменениями в анализе мочи) . |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | УЗИ почек с исследованием скорости почечного кровотока, ЭХОКГ, повторный клинический анализ мочи, ОАК, КОС крови.. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| В | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Коррекция волевических нарушений, гиперкалиемии, метаболического ацидоза. Использование 10-15% р-р глюкозы и 2% гидрокарбоната для коррекции метаболического ацидоза. Количество жидкости на сутки равно перспирации, равное 1,2мл/кг/час или 25мл/кг/сут. Адекватное назначение диуретиков, при необходимости допамина в диуретических дозах . Дальнейшая тактика лечения зависимости от дальнейшего развития заболевания, при ухудшении состояния ребенка решить вопрос о назначении перитонеального диализа или гемодиализа. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| 1 | - | Ответ дан не полностью: |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | Наблюдение педиатра и нефролога. Лечение проводят при тщательном клиническом и лабораторном контроле (мониторинг АД, электролитов, показателей КОС, ЭКГ, динамики массы тела). |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако обоснована не в полном объеме. |

| | | |
|-----|---|--|
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | При посещении вами 2-недельного ребёнка мать жалуется на наличие у него запора, желтухи, вялости и сонливости. При физикальном обследовании обнаруживается: самочувствие ребенка несколько нарушено, двигательная активность снижена, ребенок вяловат, головка обычных размеров, малый родничок 0,5x0,5 см, большой 2,5x3 см, зутоничны, тургор тканей повышен, легкая желтушность, отмечается отечность лица и туловища, вздутый живот, умеренная брадикардия у спящего ребёнка. Из анамнеза известно: ребёнок родился от матери 30 лет, от 2 беременности, 1 родов, 1 беременность - искусственный аборт, на учете с 10 недель. На 8-й неделе беременности мать болела гриппом. Роды срочные в 41 неделю. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, состояние при рождении средней тяжести. Масса тела ребенка при рождении 4000 г, длина 55 см. Результаты неонатального скринингового теста, проведенного в роддоме: ТТГ - 30 мМЕ/л, Т4 - 70 нмоль/л. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Врожденный гипотиреоз |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | Врожденный гипотиреоз (ВГ) развивается постепенно. Ребенок с ВГ чаще рождается от перенесенной беременности либо на 40—42-й неделе после родовозбуждения и родостимуляции. Нередко возникают осложнения в родах: затяжные роды, внутриутробная гипоксия. Длина тела при рождении средняя, масса тела нормальная либо более 4 кг. В период новорожденности роднички больших размеров, открыт сагиттальный шов. Лицо и туловище несколько отечны, тургор тканей повышен, физиологический гипертонус сгибателей и рефлексы новорожденных сохранены, замедлено время ахиллова рефлекса. Характерно позднее отпадение пуповинного остатка, расхождение прямых мышц живота, пупочная грыжа. При осмотре во сне можно обнаружить умеренную брадикардию и приглушение тонов сердца. В большинстве случаев щитовидная железа у больных ВГ не увеличена, но при нарушенном синтезе тиреоидных гормонов можно обнаружить ее увеличение уже при рождении (мягкий, ферментный зоб). |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Лабораторные методы диагностики ВГ в период новорожденности малоинформативны, поскольку гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, снижение вольтажа зубцов QRS и брадикардия на ЭКГ, отставание «костного возраста» от паспортного часто появляются у больных только после 3—6-месячного возраста. |

| | | |
|----|---|---|
| | | <p>Наиболее надежным методом диагностики ВГ у новорожденных является исследование содержания тиреоидных гормонов в крови. Поскольку гипотиреоз у новорожденных имеет очень слабые клинические проявления, а также изза того, что умственную отсталость можно предотвратить лишь ранним лечением, проводят скрининг всех новорожденных на гипотиреоз – исследование ТТГ и Т4 у всех новорожденных детей. Капиллярную кровь для исследования берут на 4-й день жизни на фильтровальную бумагу и пересылают в лабораторию. Концентрации ТТГ ниже 20 мМЕ/л и Т4 выше 120 нмоль/л достоверно свидетельствуют об отсутствии ВГ. У большинства новорожденных с персистирующим врожденным гипотиреозом значение ТТГ превышает 40 мМЕ/л, а концентрация Т4 — ниже 60 нмоль/л. В этих случаях назначают лечение без дополнительного обследования. При повышении ТТГ в капиллярной крови от 20 до 50 мМЕ/л и сниженном или нормальном уровне Т4 повторно определяют концентрацию ТТГ и тиреоидных гормонов в сыворотке венозной крови. Снижение уровня ТТГ ниже 0,5 мМЕ/л свидетельствует о вторичном либо третичном ВГ. Содержание Т3 в крови может быть нормальным или сниженным при любой форме ВГ.</p> |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| V | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | <p>Левотироксин натрия внутрь 10—15 мкг/кг/сут. в 1-2 приема перед едой, повышая дозу каждые 3—5 дней на 10 мкг до полной терапевтической. Лечение пожизненное.</p> <p>Полная заместительная доза для ребенка в возрасте до 3-х месяцев 4060 мкг/сут. Дозу подбирают под контролем ТТГ в крови (должно быть на нижней границе возрастной нормы) или до появления симптомов гипертиреоза (возбудимость, тахикардия, потливость), при достижении указанных критериев дозу уменьшают на 10 мкг/сут. Правильно проводимая начатая до 3—4-недельного возраста заместительная терапия обеспечивает в дальнейшем благоприятную динамику физического и умственного развития. Если лечение начато на 24-м месяце или позже, то его эффективность невысока, часто развивается слабоумие различной степени. Прогноз ухудшается при сочетании ВГ с гипоксическо-травматическим поражением ЦНС или</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| V | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | <p>Правильно проводимая начатая до 3—4-недельного возраста заместительная терапия обеспечивает в дальнейшем благоприятную динамику физического и умственного развития. Если лечение начато на 24-м месяце или позже, то его эффективность невысока, часто развивается слабоумие различной степени. Прогноз ухудшается при сочетании ВГ с гипоксическо-травматическим поражением ЦНС или ВУИ.</p> |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |

| | | |
|-----|---|---|
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок от 2 беременности, первая беременность закончилась выкидышем в сроке 8 недель Настоящая беременность протекала с токсикозом в первой половине, вторая половина с угрозой выкидыша, лечилась стационарно. Соматические заболевания матери: рецидивирующий пиелонефрит, анемия. Роды на 38 неделе, зеленые околоплодные воды, оценка по шкале Апгар 7/8 б. После рождения получал антибактериальную терапию по поводу внутриутробной пневмонии. На 12 сутки состояние ребенка ухудшилось: «мраморность» кожных покровов, сосет вяло, норму не высасывает, срыгивает после каждого кормления, плач болезненный, живот поддут. Субфебрильная температура, усилилась иктеричность кожных покровов, беспокоен во время мочеиспускания. В весе за 12 дней не прибавил (вес при рождении 2800, НВ 2750) В ОАК лейкоцитоз, анемия. В ОАМ: лейкоциты 10-15 в поле зрения, белок 0,99 г/л, бактериурия 100000 микробных тел в 1 мл. |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Инфекция мочевыводящих путей. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| В | 2 | Обоснование данного диагноза |
| Э | - | На основании данных анамнеза матери (выкидыш, угроза прерывания при настоящей беременности, рецидивирующий пиелонефрит), данных клинических исследований ребенка (низкая прибавка массы тела, срыгивания, усиление желтушности кожных покровов . данных лабораторных исследований крови (лейкоцитоз, анемия), мочи (высокий белок, бактериурия). |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный.. |
| P0 | - | Ответ верный, но часть нозологии упущена |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Исследование азотвыделительной функции почек, УЗИ почек, определение функции почек (суточный и почасовой диурез). Бакпосев мочи с определением чувствительности к антибиотикам. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования не в полном объеме |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| В | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Антибактериальная терапия, соответствующая выделенной микрофлоре. До получения посева мочи и получения чувствительности бактериальной микрофлоры применять защищенные пенициллины и цефалоспорины 3 поколения. Длительность курса антибиотиков 10-14 дней. В остром периоде проводят инфузионную терапию с целью дезинтоксикации и коррекции |

| | | |
|-----|---|--|
| | | электролитов. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| V | 5 | Каковы последующие мероприятия |
| Э | - | Диспансерное наблюдение педиатра и нефролога. При рецидивирующей ММВП до перевода во взрослую поликлинику, контроль ОАК, ОАМ 1 раз 3 мес., и при интеркуррентных заболеваниях. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок от 2 беременности, первая беременность: роды в срок, ребенок умер в возрасте 1 года 2 мес. , со слов матери, от пневмонии. Настоящая беременность протекала с токсикозом первой половины беременности, родился ребенок на 37 неделе беременности с м 2700, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. В родильном доме с первых суток отмечалась задержка мекония. На 2 сутки после рождения у ребенка появилась рвота с примесью желчи, живот вздут. Кожные покровы сухие, бледные с субиктеричным оттенком, тургор снижен. После очистительной клизмы стул вязкий, маслянистый. |
| | | |
| V | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Муковисцидоз. Мекониальный илеус. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| V | 2 | Обоснование диагноза |
| Э | - | Учитывая семейный анамнез: смерть ребенка от пневмонии, У данного ребенка синдром сгущения желчи, ранняя желтуха, задержка отхождения мекония, токсикоз с эксикозом, вязкий стул, можно предположить данный диагноз. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. |
| P0 | - | Ответ полный, но не указаны все нозологии |
| | | |
| V | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Необходимо узнать данные скрининга. Тест на иммунореактивный трипсин (ИРТ) в крови новорожденных в 5-10 раз выше нормы. Определение панкреатической эластазы в кале (снижение эластазы) Потовый тест в периоде новорожденности не проводится. Рентгенография легких и бронхография. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования не полностью |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |

| | | |
|-----|---|--|
| | | Определить тактику лечения |
| В | 4 | Лечение в специализированном центре. Адекватное питание контроль над респираторными инфекциями. Ферментотерапия, обычно суточная доза креона 10000 составляет в среднем 5-12 капсул в сутки (начальные дозы 4-5 ед липазы на кг массы тела на один прием пищи), Ингаляционная терапия (Дорназа альфа, Пульмозим) , а также Бромитоб и Тоби. Противовоспалительная терапия , учитывая частое присоединение синегнойной палочкиприменяются цефалоспорины 3-4 поколения, тобромицин, карбопенемы, цефтазидим, ципрофлоксацин, азитромицин, кларитромицин (2-3 раза в неделю в дозе 10 мг/кг в сут.) |
| Э | - | |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения |
| Э | - | Диспансерное наблюдение, при ухудшении состояния госпитализация в специализированный центр. Ранняя пренатальная диагностика является эффективной профилактикой повторного рождения ребенка. Адекватное питание, смеси с полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК), питание должно быть богато белками, жиры не ограничены. Витаминотерапия (жирорастворимые Контроль над респираторными заболеваниями, ферментотерапия, муколитики, ингаляционная терапия, противовоспалительная терапия. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик Т. был извлечен на 36-й неделе беременности путем операции кесарева сечения, предпринятой без родовой деятельности в связи с рубцом на матке у женщины, страдающей ожирением и сахарным диабетом беременных, который был диагностирован на 28-й неделе беременности. Беременность вторая, протекала с умеренным повышением АД с 31-й недели, отмечались отеки голеней, следы белка в моче, многоводие. Масса тела ребенка 3800 г, рост 51 см, окружность головы 34 см, окружность груди 36 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. При осмотре отмечались диспропорциональное телосложение с преимущественным отложением жира на верхней половине туловища, маленькие кисти и стопы, ярко-розовая окраска кожи, периферический цианоз, пастозность, выраженное лануго. Через час после рождения у ребенка отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, появление тремора конечностей, повышенная возбудимость, приглушенность сердечных тонов, одышка до 70 в минуту. Живот округлой формы. Печень + 2,5 см из-под реберного края. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Диабетическая фетопатия. Гипертрофическая форма |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |

| | | |
|-----|---|--|
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| V | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | Диабетическая эмбриофетопатия развивается у новорожденного при наличии у матери инсулинзависимого сахарного диабета, а также при развитии у беременной сахарного диабета. При гипертрофической форме внешний вид ребенка напоминает синдром Иценко- Кушинга. Для периода неонатальной адаптации характерны синдромы угнетения функции ЦНС, замедление восстановления веса, склонность к развитию СДР, кардиопатии. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| V | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | ОАК для выявления полицитемии, уровень глюкозы в крови через 30 мин. После рождения, а в течении первых 3 суток каждые 3-4 часа, КОС крови ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| V | 4 | Коррекция гипогликемии, других метаболических нарушений, симптоматическое. |
| Э | - | При гипогликемии ниже 2,2 ммоль/л внутривенное введение 10% раствора глюкозы при массе тела более 1000 г из расчета 0,2 г/(кг*мин). |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| V | 5 | Амбулаторно ребенка наблюдает педиатр и эндокринолог, при наличии порков – профильные специалисты . Ребенка относят к группе риска по развитию сахарного диабета. |
| Э | - | Перинатальная смертность детей с диабетической эмбриофетопатией в 2-5 раз выше средней |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены не все показатели шкалы Апгар. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортми, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок закричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. |

| | | |
|----|---|--|
| | | Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синева" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, гипоспадия, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, Л - 10,0 x 10 ⁹ /л, п 5%, с 48%, лимф. 40%, мон 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО ₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | Клинические данные (прогрессирующая потеря массы тела, рвота, диарея, гипоспадия, экскреция 17- КС с мочой 3,2 мг/сутки. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Скрининг, основанный на определении содержания 17- ОПН в пятне крови на 4 сутки жизни (у недоношенных на 10 сутки). Определение повышения уровня 17-гидроксипрогестерона в крови- выше 15 нмоль/л, экскреции 17 –КС с мочой, повышения уровня АКТГ, снижения кортизола в крови (ниже100 нмоль/л),контроль электролитов,КОС, ЭКГ. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| В | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Заместительная гормональная и инфузионная терапия. ИТ начинают капельным введением изотонического раствора натрия хлорида и 10% глюкозы, для коррекции ацидоза - 2% раствор бикарбоната натрия под контролем КОС. В лечении используют гидрокортизона гемисукцинат в суточной дозе 10-15 мг/кг массы тела. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| 1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | Наблюдение педиатра и эндокринолога.. Лечение проводят при тщательном клиническом и лабораторном контроле (мониторинг АД, электролитов, показателей КОС, ЭКГ, динамики массы тела и |

| | | |
|-----|---|--|
| | | своевременно корректируют ИТ, дозы и частоту введения гормонов. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок Н. в возрасте 4 суток поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что он родился от 3 беременности, 2 срочных родов. Первый ребенок (4 года) здоров, последующая беременность закончилась выкидышем. По поводу настоящей беременности мать состояла на учете с 9 недель. В анамнезе пиелонефрит. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания. Наблюдался ранний гестоз беременности, в 33 недели перенесла ОРВИ, заболевание протекало с температурой 37,8, лечилась самостоятельно. Роды срочные в 37 недель беременности, масса ребенка при рождении -2600 г, рост 48 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Воды зеленые Ребенок закричал после санации верхних дыхательных путей и тактильной стимуляции. Околоплодные воды зеленого цвета. С раннего неонатального периода состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует вяло, крик писклявый, строит —grimасу, физиологические рефлексы нестойкие быстро угасают, наблюдается спонтанный рефлекс Моро, Бабинского. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые, цианоз носогубного треугольника, усиливается при нагрузке, со 2 суток появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, сердечные тоны громкие ритмичные. Живот мягкий безболезненный, доступен пальпации во всех отделах, печень +3см,+3см,1/2, селезенка +1 см из под края реберной дуги. Стул переходный, мочеиспускание свободное, безболезненное. В возрасте 4 суток переведен в стационар для дополнительного обследования и лечения. Серология крови: IgM к ЦМВ (полож) |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Врожденная цитомегаловирусная инфекция, гепатоспленомегалия. Конк.: Церебральная ишемия II, синдром угнетения, острый период. Соп.: ЗВУР II, гипопластический вариант. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | отягощенный акушерский анамнез (выкидыши,); отклонения в течение настоящей беременности и родов (угроза прерывания, многоводие, преждевременное отхождение вод, в оды с запахом,); лихорадка неясной этиологии во время беременности; заболевания мочеполовой системы у матери (пиелонефрит, кольпит, эрозия шейки матки, сальпингит, вульвовагинит, киста яичников, уретрит и др.); перенесенные матерью во время беременности различные инфекции (ангина, ОРВИ и др.); рождение ребенка с признаками ЗВУР, гипотрофии, |

| | | |
|----|---|--|
| | | дисэмбриотическими стигмами, пороками развития (врожденная гидроцефалия); желтуха неясного генеза; появление лихорадки в первый день жизни; кожные экзантемы при рождении; неврологическая симптоматика. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| V | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Для установления степени тяжести ЦМВИ необходимо провести дополнительные диагностические исследования, включая НСГ, рентгенографию черепа или КТ (для выявления внутрочерепных кальцификатов), рентгенографию трубчатых костей и грудной клетки, биохимическое исследование печени. Лечение врожденной ЦМВИ складывается из этиотропной и посиндромной терапии. К этиотропной терапии относится противовирусное лечение. Посиндромная терапия направлена на купирование тех патологических состояний, которые развиваются при манифестных формах врожденной ЦМВИ. Лекарственным средством для этиотропного лечения ЦМВИ является специфический гипериммунный иммуноглобулин против ЦМВИ: Иммуноглобулин против ЦМВ 10% р-р, в/в с помощью перфузионного насоса 5,2 мл/сут не более 5-7 мл/ч 1 раз в 2 сут. На курс 3-5 введений, Наличие стабильных высоких титров специфических антицитомегаловирусных АТ класса IgG в возрасте 6-12 недель ретроспективно подтверждает диагноз врожденной ЦМВИ. ПЦР диагностику. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| V | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Лечение врожденной ЦМВИ складывается из этиотропной и посиндромной терапии. К этиотропной терапии относится противовирусное лечение. Посиндромная терапия направлена на купирование тех патологических состояний, которые развиваются при манифестных формах врожденной ЦМВИ. Лекарственным средством для этиотропного лечения ЦМВИ является специфический гипериммунный иммуноглобулин против ЦМВИ: Иммуноглобулин против ЦМВ 10% р-р, в/в с помощью перфузионного насоса 5,2 мл/сут не более 5-7 мл/ч 1 раз в 2 сут. На курс 3-5 введений, Кроме того рассматривается использования для лечения ЦМВ препаратов интерферона альфа-2. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| V | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | .Наблюдение педиатра, инфекциониста, отоларинголога, так как при врожденной ЦМВ возможно развитие глухоты. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |

| | | |
|-----|---|--|
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Мальчик И., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома.</p> <p>Из анамнеза: матери 21 год, соматически здоровая, вредные привычки отрицает, беременность первая, на учет в женскую консультацию встала в 8 недель, в первом триместре наблюдался подъем температуры до 38 С в течение 2 дней, заболевание сопровождалось мелкой розовой сыпью на туловище и конечностях, к врачу не обращалась. Роды срочные в 38 недель. Масса тела при рождении 2750 г, рост 48 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов, окружность головы – 32 см, грудной клетки – 33 см. На коже туловища, конечностей геморрагическая сыпь в виде петехий и мелких экхимозов. Над областью сердца и на верхушке выслушивается грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступала из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Выявлена катаракта. Клинический анализ крови: Нв – 140 г/л; Эр. – $3,5 \cdot 10^{12}/л$; ЦП – 0,9; Тромб. – $208,0 \cdot 10^9/л$; Лейк. – $25,1 \cdot 10^9/л$; миелоциты – 2%, метамиелоциты – 4%, э-2, п/я – 19%, с – 50%, л – 13%, м – 10%, СОЭ – 4 мм/час.</p> |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Основной: ВУИ, синдром врожденной краснухи. ВПС (ОАП? Стеноз легочной артерии? ДМЖП? ДМПП?). Врожденная катаракта. Анемия средней тяжести Фон: ЗВУР 2, гипопластический вариант. 2 |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | Классическая триада: ВПС (ОАП, стеноз легочной артерии, ДМЖП или межпредсердной перегородки), поражение глаз (глаукома, катаракта, хориоретинит), нарушение слуха (поражение слухового нерва). данные анамнеза: во время беременности под маской ОРИ определялась мелкоточечная сыпь. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), метод иммуноферментного анализа (ИФА). Выявление специфических краснушных IgM или персистенция низкоавидных специфических IgG у новорожденного. Выделение вируса из мочи и фарингеального секрета |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |

| | | |
|-----|---|---|
| В | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Специфической антивирусной химиотерапии не существует. Осуществляют симптоматическое лечение всех выявленных аномалий. Для профилактики осуществляется вакцинация. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | Ребенок должен наблюдаться в поликлинике с участием невропатолога, окулиста, педиатра, иммунолога, кардиолога. Наблюдение инфекционистом должно продолжаться несколько лет потому, что дети с врожденной краснухой могут выделять вирус в течение нескольких лет. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка Н. в возрасте 5 суток поступила в отделение новорожденных для дальнейшего обследования и лечения. Известно, что ребенок от матери 19 лет с высоким инфекционным индексом (хронический пиелонефрит, аднексит, кольпит хламидийной этиологии). Беременность вторая (в анамнезе медицинский аборт), протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды преждевременные в 36 недель, 1-й период родов 13 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса при рождении 2300 г, рост 48 см. Состояние с рождения неудовлетворительное за счет поражения ЦНС, адинамичная, физиологические рефлексы вялые, сосет с перерывами. На 4 сутки появилось гнойное отделяемое из глаз, на 3-й неделе - кашель, сначала редкий, затем усилился, стал приступообразный, одышка в покое до 70 в 1 мин, акроцианоз, температура нормальная. Отмечается укорочение мозаичное перкуторного звука, выслушиваются непостоянные сухие свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Клинический анализ крови: Нb – 170 г/л; Эр. – $4,5 \cdot 10^{12}/л$; ЦП – 0,9; Тромб. – $208,0 \cdot 10^9/л$; Лейк. – $10,1 \cdot 10^9/л$; э-5%, п/я – 6%, с – 30%, л – 44%, м – 5%, СОЭ – 4 мм/час. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Внутриутробная инфекция хламидийной этиологии. Врожденный конъюнктивит. Врожденный ринит. Врожденная пневмония, вызванная хламидиями (интерстициальная) ДН-I, неосложненная. Фон: Недоношенность 36 недель, ЗВУР I, гипотрофический вариант. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |

| | | |
|-----|---|--|
| Э | - | Мать инфицирована хламидийной инфекцией, риск передачи от матери 60 – 70%. Гнойный конъюнктивит (бленорея) с выраженным отеком век на 5-7 день жизни Развивается ринит и позднее развивается интерстициальная пневмония с постепенным началом, обильными инфильтративными изменениями в легких на рентген ограмме, но без лихорадки, интоксикации. Течение длительное. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчѐт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | рентгенография органов грудной клетки, мазок с конъюнктивы глаз, консультация офтальмолога, нейросонография, ИФА – определение Ig G, Ig M к хламидиям в динамике с интервалом в 2 недели с парными сыворотками у матери и у ребенка, КОС и газы крови Определение электролитов и глюкозы в крови Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов в динамике. ПЦР – диагностика. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| В | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | оксигенотерапия теплым увлажненным 40% кислородом, азитромицин внутрь 23 мг (10 мг/кг/сут) x 1 раз в сутки в 1-ые сутки, затем 11,5 мг x 1 раз в сутки 4 суток или спирамицин внутрь 345 МЕ/сут (150 000 МЕ/кг/сут) в 2 приема 2-3 недели или эритромицин по 92 мг (40 мг/кг/сут) в/в в 2 введения в сутки или ректально (свечи) в 3 введения 2-3 недели, туалет глаз раствором перманганата калия 1:8 000 4-6 раз в день, эритромициновая глазная мазь 0,5% 4 – 6 раз в день закладывать за нижнее веко обеих глаз. 4. Вскармливание. Грудь матери по требованию ребенка, но не реже, чем через 2,5 – 3 часа. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | Наблюдение педиатра, пульмонолога, иммунолога. Возможны частые и затяжные респираторные инфекции в первые месяцы жизни с упорным кашлем. Врожденные пороки не характерны. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок П. в возрасте 6 суток поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, две предыдущие беременности закончились медицинским абортom, настоящая беременность желанная. На учете состояла с 9 недель. На 31 неделе у женщины обнаружен генитальный герпес, пролечена. Роды срочные в 38 недель. Околоплодные воды |

| | | |
|----|---|--|
| | | мутные, зеленые. Масса 3200, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. В раннем неонатальном периоде состояние средней степени тяжести, за счет синдрома возбуждения ЦНС, ребенок беспокоится на осмотре, крик болезненный, наблюдается спонтанный рефлекс Моро, гиперестезия. По внутренним органам без патологии. На 5 сутки у ребенка на лице, туловище появились сгруппированные полусферической формы напряженные пузырьки размером 1,5-2 мм на эритематозном отечном фоне. Неврологический статус прежний, по внутренним органам без особенностей. Переведен в стационар для обследования и лечения. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Врожденный неонатальный герпес, локализованная форма с поражением кожи. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | В анамнезе у матери генитальный герпес, проявившийся во время беременности. На коже ребенка сгруппированные полусферической формы пузырьки размером 1,5 – 2 мм на фоне эритемы и отека. Чаще они появляются на 5-14 день жизни. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Для подтверждения герпетической инфекции используют обнаружение генома вируса в крови и ликворе методом ПЦР (чувствительность метода 95%, специфичность 90 -100%) или антигена вируса методом ИФА в крови, ликворе, моче, содержимом из носоглотки. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| В | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Ребенка с любой формой герпетической инфекции или с подозрением на герпес необходимо изолировать от других новорожденных. ацикловир в дозе 45 мг/кг/сут. Разделенный на 3 введения путем медленной (в течение 1 часа) внутривенной инфузии (по 15 мг/кг каждые 8 часов) 10-14 дней при локализованной форме, при генерализованной инфекции и менингоэнцефалите – в дозе 60 мг/кг/сут. Не менее 21 дня. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | При раннем назначении противовирусной терапии летальность при генерализованной форме инфекции составляет от 10 до 43%, рецидивы кожных проявлений наблюдаются у 46% детей.. В |

| | | |
|-----|---|---|
| | | амбулаторных условиях наблюдение педиатра, инфекциониста и иммунолога, при герпетической инфекции развиваются иммунодефицитные состояния, обусловленные недостаточностью различных звеньев иммунной системы и ее неспособностью элиминировать вирус из организма. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик, 14 дней, от 5-й беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребенка, вторая и третья беременности – мед. абортми, четвертая - выкидышем в 10 недель. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребенок закричал сразу, масса тела при рождении 4150,0 г, длина 52 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7-й день жизни 3850,0. Ребенок был переведен в стационар на 12-й день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3030,0 г. Состояние ребенка тяжелое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, "синевы" под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезенка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, гипоспадия, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. Клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, Л - 10,0 x 10 ⁹ /л, п 5%, с 48%, лимф. 40%, мон 7%, СОЭ 4 мм/ч, КОС: рН - 7,30, рСО ₂ - 36 мм. рт. ст., ВЕ - 7 ммоль/л, Биохимический анализ крови: К - 8,4 ммоль/л, Na - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг/сут. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз |
| Э | - | Клинические данные (прогрессирующая потеря массы тела, рвота, диарея, гипоспадия, экскреция 17- КС с мочой 3,2 мг/сутки. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Скрининг, основанный на определении содержания 17- ОПН в пятне крови на 4 сутки жизни (у недоношенных на 10 сутки). Определение повышения уровня 17-гидроксипрогестерона в крови- выше 15 нмоль/л, экскреции 17 –КС с мочой, повышения уровня АКТГ, |

| | | |
|-----|---|--|
| | | снижения кортизола в крови (ниже 100 нмоль/л), контроль электролитов, КОС, ЭКГ. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| V | 4 | Определить тактику ведения |
| Э | - | Заместительная и гормональная и инфузионная терапия. ИТ начинают капельным введением изотонического раствора натрия хлорида и 10% глюкозы, для коррекции ацидоза 2% раствор бикарбоната натрия под контролем КОС. В лечении используют гидрокортизон гемисукцинат в суточной дозе 10-15 мг/кг массы тела. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| V | 5 | Дальнейшая тактика наблюдения ребенка |
| Э | - | Наблюдение педиатра и эндокринолога.. Лечение проводят при тщательном клиническом и лабораторном контроле (мониторинг АД, электролитов, показателей КОС, ЭКГ, динамики массы тела и своевременно корригируют ИТ, дозы и частоту введения гормонов. |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Тактика выбрана верно, однако не обоснована не в полном объеме. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Новорожденный, 1 сутки жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А (II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность 5 лет назад закончилась срочными родами, вторая - 3 года назад, закончилась выкидышем при сроке 19 недель. Настоящая беременность третья, протекала на фоне угрозы прерывания. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Данных за наличие антител нет. Роды в 38 недель, самостоятельные. 1-й период - 6 часов 30 минут, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 3 часа. Родился живой мальчик с массой тела 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено легкое желтушное прокрашивание оболочек пуповины и кожи новорожденного. При первом осмотре выявлено увеличение размеров печени до + 3 см из-под края реберной дуги. Билирубин пуповинной крови составил 83 мкмоль/л, ПАГТ 2+, Hb периферической крови, определенный по cito сразу после рождения, 125г/л. |
| V | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Гемолитическая болезнь новорожденного (ГБН) по резус-фактору, желтушно-анемичная форма, средней степени тяжести. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана тяжесть гемолитической болезни. |

| | | |
|----|---|--|
| P0 | - | Ответ полностью неправильный |
| | | |
| V | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз поставлен на основании данных: акушерского анамнеза (роды, выкидыш при сроке 19 недель), течения настоящей беременности (протекала на фоне угрозы прерывания, нерегулярно наблюдалась в женской консультации), клинико-лабораторных исследований (у матери Rh-отрицательная кровь, у ребенка - легкое желтушное прокрашивание оболочек пуповины и кожи при рождении, увеличение размеров печени до + 3 см, уровень билирубина пуповинной крови 83 мкмоль/л, ПАГТ 2+, Hb периферической крови определенный по cito сразу после рождения 125г/л.). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны данные акушерского анамнеза и/или течения данной беременности . |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 3 | Окажите помощь новорождённому на этапе род. зала и отделения |
| Э | - | В родильном зале отделение от матери сразу, не дожидаясь прекращения пульсации пуповины. В первые часы жизни - очистительная клизма. После получения лабораторных данных (пуповинный билирубин, ПАГТ, уровень гемоглобина) необходимо начать фототерапию, инфузионную терапию: в/в капельно ввести иммуноглобулин, начать подготовку к ОЗПК (на СПК заказать необходимые препараты крови: плазма + эритроцитарная масса). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечено проведение очистительной клизмы и/или введение иммуноглобулинов. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного |
| Э | - | Медицинский отвод от вакцинации против гепатита В в первые сутки жизни. Через 4-6 часов оценить уровень общего билирубина и почасовой прирост общего билирубина. При почасовом приросте менее 5 мкмоль/л, продолжить фототерапию и контроль общего билирубина через 12 часов. При почасовом приросте от 5 до 6,8 мкмоль/л продолжить фототерапию и контроль общего билирубина через 6 часов (при снижении почасового прироста – консервативное лечение). При почасовом приросте более 6,8 мкмоль/л – фототерапия, подготовка к ОЗПК, контроль общего билирубина и гемоглобина через 3 часа, при сохраняющемся приросте более 6,8 мкмоль/л или Hb менее 120г/л начать ОЗПК. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отражена вакцинация. Неточности во временных промежутках контроля почасового прироста общего билирубина. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Критерии выписки новорожденного из стационара |
| Э | - | Выписка домой возможна при легкой степени ГБН у доношенного новорожденного, после достижения устойчивого снижения концентрации |

| | | |
|-----|---|---|
| | | билирубина в крови через 12 часов после окончания фототерапии и отсутствии клинико-лабораторных признаков анемии. Во всех случаях ГБН, кроме указанных выше, показан перевод ребенка на второй этап выхаживания. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечено время контроля уровня билирубина после окончания фототерапии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Новорожденный, 1-ые сутки, родился от матери с Rh-отрицательной кровью. Настоящая беременность пятая, роды вторые в 35 недель гестации. Из акушерского анамнеза матери – срочные роды и 3 самопроизвольных выкидыша в разные сроки беременности. На учете в женской консультации с 20 недель. Данная беременность протекала на фоне угрозы прерывания, при обследовании на 34-й неделе беременности выявлен титр антирезусных антител 1:64 в крови матери, при УЗИ отмечалось увеличение живота у плода, выявлен двойной контур головки, увеличение толщины и объема плаценты. Родился живой мальчик путем операции кесарево сечение по экстренным показаниям в сроке гестации 34 недели с массой 2600 г, длиной 40 см. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. Состояние ребенка тяжелое. Тяжесть обусловлена полиорганной недостаточностью. Выражена бледность кожи и слизистых, на лице, туловище, конечностях – множественные петехии. Отмечаются артериальная гипотония, тяжелая дыхательная недостаточность (требующая респираторной поддержки), асцит, выраженная гепатоспленомегалия. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Гемолитическая болезнь новорожденного по резус-фактору, отечная форма, тяжелое течение. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести. Осложнение: Полиорганная недостаточность. Фон: Недоношенность 34 недели. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны тяжесть течения заболевания и/или осложнения. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Учитывая данные акушерского анамнеза (срочные роды и 3 самопроизвольных выкидыша в разные сроки беременности), данные течения настоящей беременности (на учете в женской консультации с 20 недель, беременность протекала на фоне угрозы прерывания, при обследовании на 34-й неделе у беременной с Rh-отрицательной кровью выявлен титр антирезусных антител 1:64), УЗ-маркеры отечной формы гемолитической болезни плода, тяжесть состояния ребенка при рождении (обусловленная полиорганной недостаточностью) выставлен данный диагноз. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны осложнения данной беременности, перечислены не все УЗ-маркеры отечной формы ГБН . |

| | | |
|-----|---|--|
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 3 | Окажите неотложную помощь новорождённому в родильном зале |
| Э | - | Быстро отделить от матери. Поместить под лучистое тепло. Провести реанимационные мероприятия (санация ВДП, начать массочную ИВЛ мешком Амбу, FiO ₂ =0,21). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечено быстрое отделение от матери или не указан тепловой режим. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Укажите план лабораторного обследования ребенка |
| Э | - | Общий билирубин пуповинной крови, группа крови и резус-фактор, ПАГТ, ОАК, биохимический анализ крови: билирубин фракции, трансаминазы, ЩФ, альбумин, глюкоза крови. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Указаны не все лабораторные маркеры. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Какова дальнейшая тактика ведения новорожденного в отделении, показания к ОЗПК и сроки ее проведения |
| Э | - | После оказания первичной и реанимационной помощи показан перевод в ПИТ/ОРИТН в транспортном инкубаторе. Показана комплексная интенсивная терапия – выхаживание в кувезе, мониторинг жизненно важных функций, респираторная терапия, инфузионная терапия, инотропная поддержка, восполнение ОЦК. Фототерапия, очистительная клизма. Отечная форма ГБН является показанием к ОЗПК. Подготовка к ОЗПК при отечной форме ГБН должна быть проведена еще до рождения ребенка; операция должна быть начата как можно раньше после рождения, оптимально в первые 20 минут после рождения ребенка. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Перечислены не все компоненты комплексной интенсивной терапии. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Новорожденный от первой, нормально протекавшей беременности, первых срочных родов молодых, здоровых родителей. Родился с массой 3400 г, длиной 52 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Активен. Мышечный тонус удовлетворительный. Физиологические рефлексы живые. Кожа розовая, на лице – множественные петехии, мелкопятнистые геморагии. К концу первых суток отмечено срыгивание с примесью крови, мелена. Дыхание через нос свободное, в легких – пуэрильное. Хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, 144 в минуту. АД 78/46 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см из-под края реберной дуги. Стул черного цвета, разжижен, на пеленке – вишневые разводы. Моча светло-желтого цвета. Половые органы развиты по мужскому типу, сформированы правильно, яички в мошонке. |

| | | |
|----|---|--|
| | | Клинический анализ крови – Hb 170 г/л; Эр. 4,8 * 10 ¹² /л; ЦП 1,05; Ht 0,50; Тромбоциты – 350x10 ⁹ /л; Лейк. 14,7 * 10 ⁹ /л; эоз. 3%; пал.-ядер.нейтр. 6%; сегм.-ядер. нейтр. 54%; лимф. 30%; мон. 7%. ВСК 6 мин Коагулограмма: Удлинение протромбинового времени в 4 раза, снижение ПТИ, повышение МНО; АЧТВ 70 сек, фибриноген в норме, тромбиновое время 13 сек. |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Геморрагическая болезнь новорожденного, ранняя среднетяжелая форма, мелена. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана тяжесть ГрБН. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | постгеморрагический Диагноз выставлен на основании клинической картины новорожденного (к концу первых суток отмечено срыгивание с примесью крови, мелена), данных лабораторных исследований (в ОАК тромбоциты в норме, коагулограмма: удлинение протромбинового времени в 4 раза, снижение ПТИ, повышение МНО; удлинение АЧТВ, фибриноген в норме, нормальное тромбиновое время), что характерно именно для ГрБН. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Указаны на все особенности коагулограммы, характерные для ГрБН . |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Укажите факторы риска развития ГрБН |
| Э | - | 1. Исключительно грудное вскармливание. 2. Отсутствие профилактического введения витамина К сразу после рождения ребенка. 3. Хроническая гипоксия плода, асфиксия при рождении, ЗВУР. 4. Родовая травма. 5. Роды путем операции кесарева сечения 6. Недоношенность. 7. Применение антибиотиков широкого спектра действия 8. Заболевания и состояния ребенка, способствующие нарушению синтеза и всасывания витамина К: синдром мальабсорбции, холестаза. 9. Прием матерью во время беременности определенных лекарственных средств (например, антикоагулянтов непрямого действия, противосудорожных препаратов, больших доз антибиотиков широкого спектра действия; противотуберкулезных средств; нестероидных противовоспалительных средств непосредственно перед родами 10. Преэклампсия у матери |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Перечислены не все факторы риска |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Укажите план обследования: |
| Э | - | 1. Общий анализ крови с определением тромбоцитов; |

| | | |
|-----|---|--|
| | | 2. Коагулограмма: фибриноген, протромбиновое время (или протромбиновый индекс (ПТИ) или международное нормализованное отношение (МНО)), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время. 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников; 4. Нейросонография (НСГ). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны все маркеры коагулограммы |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Окажите неотложную помощь новорожденному. |
| Э | - | 1. Наблюдение в условиях ПИТ/ОРИТН. 2. витамин К 0.1 мл/кг/сут в/м. 3. СЗП в дозе 10-15 мл/кг в/в капельно. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечены условия наблюдения (ПИТ/ОРИТН). |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | У новорожденной девочки на 2-е сутки жизни врач- неонатолог после забора крови на общий анализ отметила продолжительную кровоточивость из места забора крови, что потребовало наложения гемостатической губки. Из анамнеза установлено, что ребенок от IV беременности, II родов на 36 нед. гестации. Во время беременности у 28-летней женщины на 30 нед гестации были проявления гестоза. За 2 нед до родов она перенесла ОРВИ и острый бронхит, по поводу которого лечилась ампициллином. Роды без особенностей. Масса тела новорожденной при рождении 2150 г., длина тела 45 см, окружность головы 32 см, груди 28 см. Закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. К груди приложена в родильном зале. Объективный статус на 2-е сутки жизни: состояние ребенка средней степени тяжести за счет неврологической симптоматики в виде легкого угнетения ЦНС на фоне недоношенности. Кожные покровы розовые, на лице, туловище необильная петехиальная сыпь. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются, мышечный тонус снижен. Дыхание ритмичное, аускультативно пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Артериальное давление в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Стул меконий. Диурез адекватный. При дополнительном обследовании ребенка выявлено: Клинический анализ крови: Нв 160 г/л; Эр. 4,1 * 10 ¹² /л; ЦП 0,85; Лейк. 12,3* 10 ⁹ /л; эоз. 1%; сегм.-ядер. нейтр. 40%; пал.-ядер.нейтр. 5%; лимф. 44%; мон. 9%; тромб. 260109/л. Коагулограмма: Удлинение протромбинового времени в 4 раза, снижение ПТИ, повышение МНО; АЧТВ 70 сек, фибриноген в норме, тромбиновое время 13 сек. Ребенка перевели в палату интенсивной терапии. |
| V | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Геморрагическая болезнь новорожденного, ранняя форма, средней |

| | | |
|----|---|--|
| | | степени тяжести. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС I степени. Фон: Недоношенность 36 недель. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечена степень тяжести ГрБН или не указана степень ГИП ЦНС. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| B | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | постгеморрагический синдром Диагноз выставлен на основании клинической картины новорожденного (наличие петехиальной сыпи, повышенная кровоточивость из мест забора крови), данных лабораторных исследований (в ОАК тромбоциты в норме, коагулограмма: удлинение протромбинового времени в 4 раза, снижение ПТИ, повышение МНО; удлинение АЧТВ, фибриноген в норме, нормальное тромбиновое время), что характерно именно для ГрБН. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Указаны не все особенности коагулограммы, характерные для ГрБН . |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 3 | Н Укажите факторы риска развития ГрБН у данной пациентки |
| Э | - | Гестоз, ОРВИ, острый бронхит, прием антибиотиков, срок гестации 36 недель, отсутствие данных о проведении профилактики геморрагической болезни новорожденных викасолом в первые сутки жизни и исключительно грудное вскармливание. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан срок гестации или наличие гестоза или исключительно грудное вскармливание. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Укажите план обследования |
| Э | - | 1. Общий анализ крови с определением тромбоцитов; 2. Коагулограмма: фибриноген, протромбиновое время (или протромбиновый индекс (ПТИ) или международное нормализованное отношение (МНО)), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время. 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников; 4. Нейросонография (НСГ). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны все маркеры коагулограммы. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Окажите неотложную помощь новорожденному. |
| Э | - | 1. Наблюдение в условиях ПИТ/ОРИТН. 2. витамин К 0.1 мл/кг/сут в/м. 3. СЗП в дозе 10-15 мл/кг в/в капельно. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не отмечены условия наблюдения (ПИТ/ОРИТН). |

| | | |
|-----|---|--|
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Новорожденный С., от III беременности, II срочных родов. I беременность 3 года назад закончилась рождением здорового ребенка, II беременность - мед. аборт. Данная беременность желанная, протекала на фоне угрозы прерывания, в 33 недели мать болела бронхитом. Группа крови матери A(II)Rh(+) пол. Роды срочные в 38 недель. Родился мальчик, массой 3400 г, длиной 53 см. При осмотре неонатологом состояние оценено как удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен через 10 минут в родовом зале.</p> <p>На 3 сутки после рождения у ребенка появилась желтушность кожи в области верхней части туловища и лица.</p> <p>На осмотр реагирует адекватно, в сознании, глаза открывает, крик громкий, эмоциональный. Общее состояние новорожденного ребенка удовлетворительное. Физиологические рефлексы вызываются. Находится на совместном пребывании с мамой на естественном вскармливании, сосет активно. Пупочный остаток в скобе. По внутренним органам без особенностей. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется.</p> <p>Клинический анализ крови: Hb - 179 г/л, Эр - 6,7·10¹²/л, Ц.п. - 0,97, тромб - 282·10⁹/л, Лейк - 4,6·10⁹/л, п/я - 4 %, с - 46 %, л - 40 %, м - 10 %.</p> <p>Биохимический анализ пуповинной крови : общий билирубин - 31 мкмоль/л, непрямой билирубин 28 мкмоль/л.</p> <p>Биохимический анализ крови на 3 сутки жизни: Общий билирубин - 157 мкмоль/л, НБ - 149 мкмоль/л, ПБ 8 мкмоль/л.</p> |
| В | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Транзиторная гипербилирубинемия (физиологическая желтуха новорожденного). |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Учитывая удовлетворительное состояние ребенка при рождении и в динамике, клинику (появление желтушности кожных покровов на 3 сутки жизни, нормальные размеры печени и селезенки при пальпации), лабораторные данные (пуповинный билирубин в пределах нормы, уровень билирубина на 3 сутки не превышает порог возрастной нормы, ОАК соответствует норме, у матери A(II)Rh(+) пол.), можно утверждать о физиологическом характере желтухи. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана группа крови матери или размеры печени и селезенки. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Дайте клиническую характеристику физиологической желтухи новорожденного. |
| Э | - | 1. Динамика желтухи -появляется спустя 24-36 часов после |

| | | |
|-----|---|---|
| | | рождения; нарастает в течение первых 3-4 дней жизни; начинает угасать к концу первой недели жизни у доношенного ребенка (у недоношенного позже). 2. Особенности клинической картины: общее состояние ребенка - удовлетворительное; не увеличены размеры печени и селезенки; обычная окраска кала и мочи. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны один или два критерия физиологической желтухи. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Укажите лабораторные критерии физиологической желтухи |
| Э | - | Лабораторные критерии: концентрация билирубина в пуповинной крови (момент рождения) – менее 51 мкмоль; концентрация гемоглобина в пуповинной крови соответствует норме, почасовой прирост билирубина в первые сутки жизни менее 5,0 мкмоль/л/час максимальная концентрация общего билирубина на 3-4 сутки в периферической или венозной крови: ≤ 222 - 256 мкмоль/л у доношенных, ≤ 171 мкмоль/л у недоношенных, ОАК соответствует возрастной норме. Исключен конфликт по группе крови и резус-фактору. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны один или два критерия физиологической желтухи. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Определите тактику ведения и лечения. Укажите прогноз. |
| Э | - | Физиологическая желтуха лечения не требует. Контроль клинико-лабораторных показателей (цвет кожных покровов, уровень общего билирубина и его фракций, ОАК). Прогноз - благоприятный. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Перечислены не все клинико-лабораторные показатели. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Девочка К., родилась от матери 29 лет, соматически здоровой, от 2 беременности, 2 срочных родов. Вредные привычки отрицает. На учете в женской консультации состояла с 8 недель. Беременность протекала с угрозой прерывания. Родилась доношенная, живая девочка. На момент рождения состояние ребенка удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар 8- 9 баллов. Масса тела 3300 г, длина тела 52 см. Приложена к груди в родовом зале. С рождения ребенок находился на совместном пребывании с мамой. На 3-и сутки жизни при обходе врача-неонатолога мама обратила внимание на симметричное увеличение молочных желез, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребенка отмечалось обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета |

| | | |
|----|---|---|
| | | из половой щели. Температура тела 36,6 °С. На осмотр реагирует адекватно, крик громкий, эмоциональный, ребенок активный. Находится на грудном вскармливании, сосет активно, грудь захватывает хорошо, питание усваивает. У матери лактация достаточная. Клинический анализ крови: Нв - 180 г/л, Эр - 5,5·10 ¹² /л, Ц.п. – 0,99, тромб – 270·10 ⁹ /л, Лейк - 7,2·10 ⁹ /л, п/я – 3 %, с – 47 %, л – 42 %, м – 8 %, СОЭ – 5 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – 1-2 в п/з, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет. |
| В | 1 | Поставьте диагноз |
| Э | - | Транзиторное состояние: половой криз в виде нагрубания молочных желез (физиологической мастопатии) и десквамативного вульвовагинита. |
| Р2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| Р1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан вид транзиторного состояния. |
| Р0 | - | Ответ полностью неправильный или отсутствует. |
| | | |
| В | 2 | Обоснуйте возникшее состояние. |
| Э | - | Развитие данного состояния связано с реакцией организма новорожденного на освобождение от материнских эстрогенов (при достаточно быстром выведении из организма эстрагенов молочные железы начинают активно реагировать на воздействие пролактина и быстро увеличиваются в размерах в связи с активизацией секреторной деятельности. Падение содержания эстрагенов влечет за собой бурную реакцию со стороны матки). |
| Р2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| Р1 | - | Ответ правильный, но не полный. |
| Р0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 3 | Дайте клиническую характеристику физиологической мастопатии и десквамативного вульвовагинита. |
| Э | - | 1. Нагрубание молочных желез начинается с 3-4 дня жизни. Степень нагрубания возрастает к 8-10 дню жизни, затем стихает. Воспалительных изменений на коже нет. 2. Десквамативный вульвовагинит – обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета из половой щели у девочек в первые 3 дня жизни, которое постепенно исчезает. |
| Р2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| Р1 | - | Ответ правильный, но не полный. Допущены неточности. |
| Р0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| В | 4 | Интерпретируйте лабораторные показатели, указанные в задаче. По каким критериям и когда производится оценка по шкале Апгар. |
| Э | - | Лабораторные показатели: ОАК и ОАМ соответствуют возрастным нормам. Оценка функционального состояния новорожденного ребенка проводится по шкале Апгар в конце 1-ой и в конце 5-ой минут жизни, оцениваются следующие признаки: сердцебиение, дыхание, окраска кожи, рефлексы, мышечный тонус. |
| Р2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| Р1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны временные критерии |

| | | |
|-----|---|--|
| | | оценки по шкале Апгар. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Определите тактику ведения и лечения. Укажите прогноз. |
| Э | - | Половой криз, являясь транзиторным состоянием лечения не требует. Необходима организация гигиенических мероприятий (стерильное белье и т.д.). Прогноз - благоприятный. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не перечислены гигиенические мероприятия. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Родился ребенок с массой тела 1400 г в сроке гестации 28 нед. При рождении у ребенка единичные вдохи, ЧСС менее 60 уд/мин. В конце первой минуты оценка по Апгар 2 б. После проведения комплекса сердечно-легочной реанимации ЧСС 120 в мин. Дыхание самостоятельное нерегулярное. Ребенок переведен в ОРИТН. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Недоношенность 28 нед. Асфиксия новорожденного тяжелой степени. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана недоношенность. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или нет ответа. |
| | | |
| B | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз выставлен на основании массы тела 1400 г в сроке гестации 28 нед. При рождении у ребенка единичные вдохи, ЧСС менее 60 уд/мин. В конце первой минуты оценка по Апгар 2 б. После проведения комплекса сердечно-легочной реанимации ЧСС 120 в мин. Дыхание самостоятельное нерегулярное. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан срок гестации при рождении. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 3 | Укажите показания для проведения непрямого массажа сердца. |
| Э | - | Непрямой массаж сердца показан при ЧСС менее 60 уд./мин. на фоне адекватной ИВЛ, проводимой 30 секунд |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указано время проведения ИВЛ. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 4 | Укажите технику проведения непрямого массажа сердца. |
| Э | - | Непрямой массаж сердца следует проводить в соотношении с частотой ИВЛ 3:1. В минуту следует выполнять 90 компрессий и 30 вдохов. Непрямой массаж сердца может проводиться двумя разными способами: 1) с помощью двух рук, когда специалист, проводящий массаж, помещает ладони обеих рук под спину новорожденного, а подушечки больших пальцев накладывает на нижнюю треть грудины; |

| | | |
|-----|---|---|
| | | <p>2) с помощью одной руки, когда давление осуществляется указательным и средним пальцами, помещенными на нижнюю треть грудины.</p> <p>Сжатие грудной клетки производится на глубину, равную примерно 1/3 от переднезаднего размера грудной клетки.</p> <p>Пальцы должны быть наложены на нижнюю треть грудины (несколько ниже линии, соединяющей соски);</p> <p>При проведении массажа пальцы не должны отрываться от грудной клетки.</p> <p>Отражением эффективности проводимого непрямого массажа сердца является пульс, пальпируемый на крупных сосудах во время массажа.</p> |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указаны признаки эффективности проводимого массажа сердца. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| B | 5 | Укажите специфические особенности проведения массажа сердца у НОНМТ и НЭНМТ |
| Э | - | Специфических особенностей проведения непрямого массажа сердца у НОНМТ и НЭНМТ не существует. Необходимо помнить о правилах профилактики осложнений непрямого массажа сердца у НОНМТ и НЭНМТ. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Нет указаний на правила профилактики осложнений. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Мальчик, от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с анемией, угрозой прерывания беременности, первых преждевременных родов, родился в 34 недели, массой 1400 г., ростом 41 см, путем операции кесарева сечения, в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Спонтанное дыхание отсутствует, ЧСС отсутствует, определяется пульсация пуповины, произвольные движения мышц отсутствуют. В конце первой мин оценка по Апгар 2 балла. |
| B | 1 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Асфиксия новорожденного тяжелой степени. Недоношенность 34 нед. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана недоношенность. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или нет ответа. |
| | | |
| B | 2 | Обоснуйте диагноз. |
| Э | - | Диагноз выставлен на основании первой беременности, протекавшей с анемией, угрозой прерывания беременности, первых преждевременных родов, родился в 27 недели, массой 1200 г., ростом 38 см, путем операции кесарева сечения, в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Спонтанное дыхание отсутствует, ЧСС отсутствует, определяется пульсация пуповины, произвольные движения мышц отсутствуют. В конце первой мин оценка по Апгар 2 балла. |

| | | |
|----|---|---|
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указан срок гестации при рождении. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 3 | Укажите объем и правильную последовательность начальных мероприятий |
| Э | - | Пережатие и пересечение пуповины спустя 60 секунд после рождения для снижения частоты НЭК, ВЖК, сепсиса, снижению потребности в гемотрансфузиях. Придание положения на спине Не обсушивать. Для предупреждению гипотермии следует поместить (после пересечения пуповины и наложения зажима на пуповинный остаток) в прозрачный пакет или пленку из термоустойчивого пластика пищевого класса и положить под источник лучистого тепла. Санация верхних дыхательных путей. Тактильная стимуляция. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не указана тактильная стимуляция. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 4 | Укажите показания для проведения маневра «продленного раздувания» легких. |
| Э | - | Маневр «продленного раздувания» представляет собой удлиненный искусственный вдох. Его следует проводить по окончании первичных мероприятий, при отсутствии самостоятельного дыхания, при нерегулярном дыхании или при дыхании типа «gasping» с давлением 20-25 см H ₂ O в течении 15-20 секунд. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не правильно указано время проведения маневра. |
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| | | |
| V | 5 | Укажите особенности проведения ИВЛ в родильном зале у недоношенных детей |
| Э | - | Искусственная вентиляция легких у недоношенных проводится при сохраняющейся на фоне СРАР брадикардии и/или при длительном (более 5 минут) отсутствии самостоятельного дыхания. Необходимыми условиями для эффективной ИВЛ у глубоко недоношенных новорожденных являются: — контроль давления в дыхательных путях; — обязательное поддержание PEEP +4-6 см H ₂ O; — возможность плавной регулировки концентрации кислорода от 21 до 100%; — непрерывный мониторинг ЧСС и SpO ₂ . Стартовые параметры ИВЛ: PIP – 20-22 см H ₂ O, PEEP – 5 см H ₂ O, частота 40-60 вдохов в минуту. Основным показателем эффективности ИВЛ является возрастание ЧСС > 100 уд/мин. |
| P2 | - | Ответ правильный, в полном объеме. |
| P1 | - | Ответ правильный, но не полный. Не правильно указаны стартовые параметры PIP. |

| | | |
|-----|---|---|
| P0 | - | Ответ полностью неправильный или ответа нет. |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | <p>Ребенок от 8 беременности протекавшей с угрозой прерывания, истмико-цервикальной недостаточностью, установлением акушерского пессария. В анамнезе 5 замерших беременностей. Профилактика РДС проведена. Роды 2, на 27 неделе, вагинальные. Родился мальчик с весом 1060г, длиной тела– 30 см, оценкой по Апгар 6-8 б. Состояние ребенка с рождения тяжелое за счет дыхательных нарушений, синдрома угнетения, недоношенности. После оказания реанимационных мероприятий в родильном зале находился в ОРИТН на ИВЛ. Введен курсурф. Мышечная гипотония, гипорефлексия. На рентгенограмме органов грудной клетки в 1 сутки жизни – диффузное затемнение по всем легочным полям с сетчатостью, воздушные бронхограммы. С рождения признаки интоксикации, воспалительные изменения в ОАК. На НСГ – признаки ВЖК 2 ст с имеющимися тромбами в просвете желудочков. Состояние ребенка с улучшением за счет уменьшения интоксикации, дыхательных нарушений. С 14 суток у ребенка появляется вздутие живота, срыгивания, застойное зеленое содержимое до 3-4 мл без нарастания.</p> <p>На УЗИ брюшной полости стенка кишечника не утолщена, перистальтика снижена. В брюшной полости жидкость не определяется.</p> <p>На Рентгенограмме органов брюшной полости – аэроколия, газонаполнение кишечника равномерное. Признаков свободного газа в брюшной полости нет.</p> <p>В ОАК- Лейкоцитов -15,1 г\л, тромбоцитов- 258 г\л, нейтрофилез до 68%, ЦРБ- 14 г\л.</p> |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | РДС. Неонатальная Пневмония. Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС в форме ВЖК 2 ст. Недоношенность 27 нед |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно, в порльном объеме |
| P1 | - | Диагноз поставлен верно частично. Не указана неонатальная пневмония. |
| P0 | - | Диагноз полностью неправильный или отсутствует. |
| В | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз. |
| Э | - | <p>Диагноз РДС поставлен на основании срока гестации, имеющихся дыхательных нарушений, рентгенологической картины легких.</p> <p>Диагноз неонатальной пневмонии поставлен на основании имеющихся с рождения дыхательных нарушений, интоксикации, воспалительных изменений в ОАК, факторов риска.</p> <p>Диагноз ВЖК выставлен на основании НСГ. Недоношенность в соответствии со сроком гестации при рождении.</p> |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно, в полном объеме |
| P1 | - | Диагноз обоснован частично. Не указаны факторы риска инфекционного процесса. |
| P0 | - | Диагноз обоснован неверно. |
| В | 3 | Составьте план наблюдения и лечения ребенка. |
| Э | - | Контроль УЗИ брюшной полости, повторный рентген брюшной полости в двух проекциях (прямая и латеропозиция). При нарастании признаков асцита, нарастании вздутия живота, увеличении объема застойного отделяемого из желудка – консультация хирурга. |

| | | |
|-----|---|--|
| P2 | - | План наблюдения и обследования составлен верно |
| P1 | - | План наблюдения составлен верно, но не полно |
| P0 | - | Ответ полностью неверный или нет ответа |
| V | 4 | Составьте план лечения пациента, обоснуйте свой выбор |
| Э | - | Отменить кормление. Инфузионная терапия из расчета физиологической потребности в жидкости. Полное парентеральное питание (а\к -3 г\кгсут, жиры -3 г\кгсут, глюкоза 9-12 мг\кг\мин). Антибиотики широкого спектра . Декомпрессия желудка и опорожнение кишечника. |
| P2 | - | Выбрана правильная тактика ведения больного и выбор обоснован. |
| P1 | - | Выбрана правильная тактика лечения, однако ответ не полный. |
| P0 | - | Выбрана неправильная тактика лечения больного. Не отменено энтеральное кормление. Выбрана нерациональная антибактериальная терапия. Или ответа нет. |
| V | 5 | |
| Э | - | Дальнейшая тактика ведения больного – при появлении на рентгенограмме признаков свободного газа в брюшной полости – оперативное лечение. При уменьшении признаков вздутия и пневматоза кишечника через 5-7 дней решить вопрос о возобновлении питания. |
| P2 | - | Дальнейшая тактика выбрана верно и обоснована |
| P1 | - | Дальнейшая тактика выбрана верно, но не обоснована |
| P0 | - | Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана неверно |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок от 3 беременности протекавшей с угрозой прерывания, истмико-цервикальной недостаточностью, установлением акушерского пессария. В анамнезе 2 замерших беременностей. Профилактика РДС проведена. Роды 1, на 29 неделе, вагинальные. Родился мальчик с весом 1260г, длиной тела– 32 см, оценкой по Апгар 6-8 б. В ОРИТН ребенок наблюдается с диагнозом: «Вр. пневмония на фоне РДС. Церебральная ишемия 2 ст, синдром угнетения. Недоношенность 29 нед. Кормится молозивом, а затем смесью Пре-Нан с 1 суток жизни. На момент осмотра ребенку 5 суток жизни. На 4 стуи получал по 8 мл 8 раз в сутки. |
| V | 1 | Назначьте ребенку энтеральное питание. Решите вопрос о назначении парентерального питания. |
| Э | - | На 5 сутки жизни ребенку увеличить объем энтерального питания на 20 мл/кг/сут по сравнению с предыдущим днем. Необходимо 90 мл в стуки, то есть 11 мл на кормление. Учитывая срок гестации и потребность недоношенного в нутриентах рекомендуется назначить парентеральное питание. |
| P2 | - | Питание назначено верно, в порльном объеме. Правильно решен вопрос о назначении парентерального питания. |
| P1 | - | Вопрос решен верно частично. |
| P0 | - | Вопрос решен неправильный или отсутствует решение. |
| V | 2 | Рассчитайте объем инфузии и количество аминокислот и жиров на сутки. |

| | | |
|-----|---|---|
| Э | - | ИТ из расчета 130-140 мл/кг/сут (180 мл в сут). Из общего объема вычтем объем кормления – 90 мл на инфузионную терапию. С питанием ребенок получает 2 г белка, следовательно для удовлетворения потребности в белке ему следует назначить еще 1,5 г/кг/сут. Жиров аналогичное количество. Из общего объема инфузии вычесть объем аминокислот (15 мл/кг 10% раствора и 8 мл/кг 20% жировой эмульсии). Оставшийся объем жидкости необходим для дотации глюкозы. |
| P2 | - | Парентеральное питание составлено , в полном объеме |
| P1 | - | Парентеральное питание рассчитано не полностью или с ошибками. |
| P0 | - | ПП не рассчитано. |
| V | 3 | Составьте план наблюдения и лечения ребенка. |
| Э | - | Контроль УЗИ брюшной полости, повторный рентген брюшной полости в двух проекциях (прямая и латеропозиция). При нарастании признаков асцита, нарастании вздутия живота, увеличении объема застойного отделяемого из желудка – консультация хирурга. |
| P2 | - | План наблюдения и обследования составлен верно |
| P1 | - | План наблюдения составлен верно, но не полно |
| P0 | - | Ответ полностью неверный или нет ответа |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок от 3 беременности протекавшей без особенностей. Роды 2, в срок, вагинальные. Родился мальчик с весом 3450г, длиной тела-54 см, оценкой по Апгар 8-9 б. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное . На 4 сутки ребенку назначена инфузионная терапия и фототерапия по поводу потери веса (400г) и желтухи. Через 6 суток после рождения у ребенка развились признаки интоксикации (серость кожных покровов, «мраморность», гепатолиенальный синдром). В ОАК – лейкоцитоз – 23 г\л, нейтрофилез до 82%, ЦРБ – 42 г\л. Развивается артериальная гипотензия, симптом «белого пятна» 6 сек. ЧД -92 в мин. рН крови – 7,15, PCO2- 65 мм.рт ст, PO2- 35 мм.рт.ст, SatO2-86%, BE—12 . |
| V | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Поздний неонатальный сепсис. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен верно частично, не указана характеристика неонатального сепсиса. |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| V | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз. |
| Э | - | Диагноз поставлен на основании появления гиперлейкоцитоза в ОАК, повышения ЦРБ, признаков интоксикации и развития септического шока. |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно. |
| P1 | - | Диагноз обоснован частично. Не указаны все признаки для обоснования диагноза. |
| P0 | - | Диагноз обоснован неверно. |
| V | 3 | Составьте план дополнительного обследования и наблюдения за пациентом |

| | | |
|-----|---|---|
| Э | - | Контроль ОАК, ОАМ, посев крови на стерильность. Рентгенография органов грудной клетки. Биохимия крови. КЩС и газы крови. УЗИ скрининг органов и систем. Оценка дыхательной недостаточности по одной из принятых шкал. |
| P2 | - | План наблюдения и обследования составлен верно |
| P1 | - | План наблюдения составлен верно, однако нет обоснования примененных методов обследования или указаны не все необходимые исследования |
| P0 | - | План обследования и наблюдения составлен неверно или отсутствует |
| V | 4 | Составьте план лечения пациента, обоснуйте свой выбор |
| Э | - | Антибактериальная терапия : антибиотики широкого спектра с учетом микрофлоры отделения, где находится ребенок.. Инфузионная терапия из расчета суточной потребности 160 мл\кг\сут. Перевод на ИВЛ с подбором параметров. Установка центральной вены. Введение волюм-эспандера (физ. Р-р), подключение инотропной поддержки. |
| P2 | - | Выбрана правильная тактика ведения больного и выбор обоснован. |
| P1 | - | Выбрана правильная тактика лечения, однако выбор не обоснован. |
| P0 | - | Выбрана неправильная тактика лечения больного.. Выбрана нерациональная антибактериальная терапия. |
| V | 5 | Дальнейшая тактика ведения больного При улучшении состояния и уменьшении дыхательной недостаточности возможно решение вопроса о совместном пребывании с матерью и при отсутствии воспалительных изменений в ОАК и нормализации ЦРБ – отмена антибактериальной терапии. |
| P2 | - | Дальнейшая тактика выбрана верно и обоснована |
| P1 | - | Дальнейшая тактика выбрана верно, но не обоснована |
| P0 | - | Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана неверно |
| ... | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок от 1 беременности протекавшей на фоне обострения хр. Пиелонефрита в 34 нед, ОРВИ в 36 нед. Роды 1, в срок, вагинальные. Родилась девочка с весом 3200г, длиной тела-52 см, оценкой по Апгар 8-8 б. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное . Через 6 часов после рождения у ребенка развилась гипертермия 38,4 град. Цельсия, тахипноэ до 74 в мин, признаки интоксикации (серость кожных покровов, «мраморность», гепатолиенальный синдром). В ОАК – лейкоцитоз – 42 г\л, нейтрофилез до 76%, ЦРБ – 120 г\л. |
| V | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Ранний неонатальный сепсис. |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен верно, не указана характеристика неонатального сепсиса. |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| V | 2 | Обоснуйте поставленный диагноз. |
| Э | - | Диагноз поставлен на основании появления лихорадки, гиперлейкоцитоза в ОАК, повышения ЦРБ, признаков интоксикации, с учетом наличия в анамнезе у матери пиелонефрита с обострением и ОРЗ. |

| | | |
|-----|---|---|
| | | |
| P2 | - | Диагноз обоснован верно, полностью |
| P1 | - | Диагноз обоснован частично. Не указаны все признаки для обоснования диагноза. |
| P0 | - | Диагноз обоснован неверно. |
| | | |
| V | 3 | Составьте план дополнительного обследования и наблюдения за пациентом |
| Э | - | Контроль ОАК, ОАМ, посев крови на стерильность. Рентгенография органов грудной клетки. Биохимия крови. КЩС и газы крови. УЗИ скрининг органов и систем. Оценка дыхательной недостаточности по одной из принятых шкал. |
| P2 | - | План наблюдения и обследования составлен верно |
| P1 | - | План наблюдения составлен верно, однако нет обоснования примененных методов обследования или указаны не все необходимые исследования |
| P0 | - | План обследования и наблюдения не верный, не включает исследований являющихся основными для постановки диагноза. |
| V | 4 | Составьте план лечения пациента, обоснуйте свой выбор |
| Э | - | Антибактериальная терапия : ампицилин+ аминогликозид как стартовая терапия. Инфузионная терапия из расчета суточной потребности 70 мл\кг\сут. При наличии дыхательной недостаточности 2-3 степени (оценка по шкалам) и результатов КЩС решение вопроса об ИВЛ. |
| P2 | - | Выбрана правильная тактика ведения больного и выбор обоснован. |
| P1 | - | Выбрана правильная тактика лечения, однако выбор не обоснован. |
| P0 | - | Выбрана неправильная тактика лечения больного.. Выбрана нерациональная антибактериальная терапия. Неправильно рассчитана инфузионная терапия. |
| V | 5 | Опишите тактику дальнейшего ведения больного |
| Э | - | Дальнейшая тактика ведения больного – при развитии септического шока – лечение по протоколу лечения шока. При улучшении состояния и уменьшении дыхательной недостаточности возможно решение вопроса о совместном пребывании с матерью и при отсутствии воспалительных изменений в ОАК и нормализации ЦРБ – отмена антибактериальной терапии. |
| P2 | - | Дальнейшая тактика выбрана верно и обоснована |
| P1 | - | Дальнейшая тактика выбрана верно, но не обоснована |
| P0 | - | Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана неверно |
| ... | | |
| | | |
| И | - | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | - | Ребенок Е., девочка. Мать – 24 года, здорова. Женщина наблюдалась в женской консультации с 9 недель беременности. Отмечался токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление 120/ 70 мм.рт.ст Прибавка в весе – 8 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки. Ребенок родился в срок 38 недель гестации с массой 3530 г. Закричал сразу. По шкале Апгар 7 - 8 баллов. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела |

| | | |
|----|---|---|
| | | 3300 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета. |
| | | |
| В | 1 | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | - | Период адаптации доношенного ребенка. Переходные (транзиторные) состояния – транзиторная потеря первоначальной массы тела, токсическая эритема, мочекислый инфаркт |
| P2 | - | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | - | Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена |
| P0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
| | | |
| В | 2 | Рассчитайте объем необходимого питания на третьи сутки жизни. Нужна ли коррекция питания? |
| Э | - | На одно кормление ребенок должен получать количество молока, равное $10 \times n$, где n - день жизни. Так на третий день жизни ребенок должен получать $10 \times 3 = 30$ мл. Коррекция питания не нужна. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Ответ не полный. Есть только расчет питания. |
| P0 | - | Расчёт питания не проведен |
| | | |
| В | 3 | Нужны ли дополнительные методы обследования? |
| Э | - | Дополнительные методы обследования не нужны. |
| P2 | - | Дан полный ответ |
| P1 | - | Перечислены общеклинические методы исследования: ОАК, ОАМ. |
| P0 | - | Перечислены дополнительные методы обследования |
| | | |
| В | 4 | Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки? |
| Э | - | Да, возможно. В сроки согласно национальному календарю прививок. (Вакцинация против гепатита В в первые 12 часов жизни, вакцинация БЦЖ-М в день выписки из роддома) |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: какие и когда вакцины вводятся не указано. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |
| | | |
| В | 5 | Какие показатели составляют шкалу Апгар? Для диагностики какого состояния используют данную шкалу? Интерпретируйте оценку по шкале Апгар у данного ребенка. |
| Э | - | По шкале Апгар оценивают следующие показатели: число сердечных сокращений, дыхание, мышечный тонус, рефлексы, цвет кожных покровов. Шкалу Апгар используют для диагностики асфиксии и оценки степени ее тяжести. У данного ребенка нет асфиксии |
| P2 | - | Ответ дан полностью |
| P1 | - | Ответ дан не полностью: перечислены не все показатели шкалы Апгар. |
| P0 | - | Дан неверный ответ |

Результаты обучения: знания, умения, навыки на экзамене оцениваются оценками: «отлично» – 5, «хорошо» – 4, «удовлетворительно» – 3, «неудовлетворительно» – 2. Основой для определения оценки служит уровень усвоения ординаторами материала, предусмотренного ОПОП.

Оценивание обучающегося на государственной итоговой аттестации

| Оценка | Требования к знаниям |
|---------------------------------|--|
| 5, <i>«отлично»</i> | Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. |
| 4, <i>«хорошо»</i> | Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. |
| 3, <i>«удовлетворительно»</i> | Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. |
| 2, <i>«неудовлетворительно»</i> | Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. |

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

6.1. Основная литература

| № п/п | Наименование | Автор(ы) | Год, место издания | Количество экземпляров | |
|-------|--|---|-------------------------|------------------------|------------|
| | | | | В библиотеке | На кафедре |
| 1. | Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей. | Г.В. Яцык. | 2012, ГЭОТАР-Медиа | 1 | 1 |
| 2. | Рациональное вскармливание недоношенных. Методические указания. 3-е издание, дополненное и переработанное | Коллектив авторов | 2012, МИА | 1 | 1 |
| 3. | Ультразвуковая диагностика в неонатологии и педиатрии: дифференциально-диагностические критерии. | И.В. Дворяковский, Г.М. Дворяковская. | 2012, Атмосфера | 1 | 1 |
| 4. | Лихорадочные синдромы у детей. Рекомендации по диагностике и лечению (серия “Клинические рекомендации для педиатров”), | А.А.Баранов, В.К.Таточенко, М.Д.Бакрадзе | 2011, М. | - | 1 |
| 5. | Детская онкология. Национальное руководство | Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой | 2012 М. : ГЭОТАР-Медиа. | 10 | - |
| 6. | Клинические рекомендации по паллиативной помощи детям | под ред. Н.Н.Савва | 2013 М.: Литасс | - | 1 |
| 7. | Наследственные болезни. Национальное руководство | под ред. Н.П.Бочкова, Е.К.Гинтер, В.П.Пузырева | 2013 М. : ГЭОТАР-Медиа. | 20 | 1 |

| | | | | | |
|-----|--|--|----------------------------------|---------------|----------|
| 8. | Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов | Е.В.Полевиченко, Э.В.Кумирова | 2013 М.; Изд-во «Перспект» | - | 1 |
| 9. | Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и её нормативно-правовое регулирование в паллиативной помощи | Савва Н.Н., Падалкин В.П., Кумирова Э.В., Николаева Н.М. | 2014 М.: Р.Валент, | - | 1 |
| 10. | Детские болезни | Шабалов Н. П. | 2011, СПб | T1-1, T2-1 | 1 |
| 11. | Межгоспитальная транспортировка новорожденных в критическом состоянии. Практическое руководство | Комаров А.Ф. Сушков В.Г | 2011 Краснодар | 1 | 1 |
| 12. | Интенсивная терапия инфекционных заболеваний у детей | Александрович Ю.С., Гордеев В.И. | 2010,Спб | - | 1 |
| 13. | Неонатология. Практические рекомендации. | Рооз Р., Генцель-Боровичени О., Прокитте Г.- | 2011,Москв а | - | 1 |
| 14. | Неонатология (в 2-х томах) | Шабалов Н.П | 2006 Москва | 10 | 2 |
| 15. | Неонатология .Национальное руководство | Н.Н. Володина | 2007 Москва | 10 | 2 |
| 16. | Секреты неотложной педиатрии | Селбст С.М. Кронен К. Под редакцией Шабалова Н.П. | 2006, Москва | 1 | 1 |
| 17. | Современная неотложная помощь при критических состояниях у детей | Макуэйя-Джонса К. Молинеукс Э. Филлипс Б. | 2009 Москва | 1 | 1 |
| 18. | Сурфактант в неонатологии. Профилактика и лечение респираторного дистресс-синдрома новорожденных. | Р.Вауэр | 2011 | 10 | 2 |
| 19. | Лечебное питание детей первого года жизни | А.А.Баранов, В.А.Тутельян | 2010, Москва | 10 | 1 |
| 20. | Рациональное вскармливание недоношенных. Методические указания. 3-е издание, | Коллектив авторов | 2012, МИА | 10 | 2 |

| | | | | | |
|-----|-------------------------------|------------------|-----------------------|-----------|---|
| | дополненное и переработанное. | | | | |
| 21. | Питание здорового ребенка | Кильдиярова Р.Р. | 2011, ГЭОТАР-Медиа | 11 | 3 |

6.2. Дополнительная литература

| № п/п | Наименование | Автор (ы) | Год, место издания | Кол-во экземпляров | |
|-------|---|--|------------------------------------|--------------------|------------|
| | | | | В библиотеке | На кафедре |
| 1. | Вскармливание детей первого года жизни: Справочник для врачей. | Вахлова И.В., Саникова Н.Е | Издательство «Екатеринбург», 2001. | - | 1 |
| 2. | Рациональное вскармливание недоношенных. Методические указания. 3-е издание, дополненное и переработанное | Коллектив авторов-МИА | 2012 | - | 1 |
| 3. | Сурфактант в неонатологии. Профилактика и лечение респираторного дистресс-синдрома новорожденных. | Р.Вауэр | Москва, 2011 | - | 1 |
| 4. | Перинатальные поражения нервной системы. Клиника. Диагностика. Лечение. | Т.М. Радаева, К.Г. Ганеев, С.А. Чекалова. | 2009, НГМА | - | 1 |
| 5. | Неонатология. Национальное руководство | Под ред. Н.Н. Володина.- | 2007, Москва. ГЭОТАР-Медиа | - | 1 |
| 6. | Неонатология (в 2-х томах) | Шабалов Н.П | 2006, Москва. Медпресс-издатформ | - | 1 |
| 7. | Неврология недоношенных детей. 2-е издание. | Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишина А.Е. | 2012, МЕДпресс-информ | - | 1 |
| 8. | Основы перинатологии. | Колгушкина Т.Н. | 2007, МИА | 8 | 1 |
| 9. | Перинатальные поражения нервной | Т.М. Радаева, К.Г. Ганеев, С.А. Чекалова. | 2009, НГМА | 10 | 2 |

| | | | | | |
|-----|--|--|-----------------------|---|---|
| | системы. Клиника. Диагностика. Лечение. | | | | |
| 10. | Семиотика наследственных болезней у детей (симптом-синдром-болезнь) | П.В. Новиков. | 2009, Триада-Х. | 1 | 1 |
| 11. | Вегетативная дисфункция у детей и подростков | Под редакцией Л.В Козловой | 2009, ГЭОТАР-Медиа | 1 | 1 |
| 12. | Антивирусные препараты в практике педиатра | Ершов Ф. И. | 2013, ГЭОТАР-Медиа | 2 | 1 |
| 13. | Профилактическая педиатрия | А.А.Баранов | 2012, Москва | 2 | 1 |
| 14. | Лечебное питание детей первого года жизни | А.А.Баранов, В.А.Тутельян | 2010, Москва | 2 | 1 |
| 15. | Паллиативная помощь детям в России. Потребность, состояние, концепция развития | Под редакцией к.м.н., доцента Савва Н. Н. | М., 2015. | - | 1 |
| 16. | Паллиативная помощь детям в конце жизни | Под редакцией к.м.н., доцента Савва Н. Н. | М., 2015. | - | 1 |
| 17. | Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП | Сборник документов ВОЗ и ЕАПП | М.: Р.Валент, 2014 | - | 1 |
| 18. | Паллиативная помощь детям — комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям. | Под редакцией к.м.н., доцента Савва Н. Н. | М.: Р.Валент, 2014 | - | 1 |
| 19. | Оценка и ведение болевого синдрома у детей | Под ред. Ю. Беланович | М.: Р.Валент, 2014. | - | 1 |
| 20. | Клиническая онкология: учеб. пособие для послевузовской подготовки врачей | под ред. П.Г.Брюсова, П.Н.Зубарева | 2012 СПб.: Спецлит | 5 | - |
| 21. | Неврология недоношенных детей. 2-е издание. | Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишина А.Е. | 2012, МЕДпресс-информ | - | 1 |

6.3 Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы.

1. Сайты Высших учебных медицинских учреждений (<http://www.rmapo.ru/>);
2. Электронные медицинские библиотеки (<http://www.studentlibrary.ru/>, www.elibrary.rsl.ru/).
3. <http://www.klinrek.ru> (Клинические рекомендации профессиональных обществ России)
- 7 <http://www.klinrek.ru> (Клинические рекомендации профессиональных обществ России)
- 8 <http://www.formular.ru> (Формулярная система в России)
- 9 <http://www.nemb.ru> (Национальная электронная медицинская библиотека)
- 10 <http://www.kzid.ru> (медико-санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни)
- 11 <http://www.familymedicine.ru> [Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей)]
- 12 <http://www.mnioi.ru/133> (Ассоциация онкологов России)
- 13 <http://www.rheumatolog.ru> (Ассоциация ревматологов России)
- 14 <http://www.cardiosite.ru> (Всероссийское научное общество кардиологов)
- 15 <http://www.nabi.ru> (Национальная ассоциация по борьбе с инсультом)
- 16 <http://www.intensive.ru> (Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи)
- 17 <http://www.raaci.ru> (Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов)
- 18 <http://www.gastro.ru> (Российская гастроэнтерологическая ассоциация)
- 19 <http://www.rodv.ru> (Российское общество дерматовенерологов)
- 20 <http://www.emergencyrus.ru> (Российское общество скорой медицинской помощи)
- 21 <http://www.uro.ru> (Российское общество урологов)

- 22 <http://www.pulmonology.ru> (Российское респираторное общество)
- 23 <http://www.pediatr-russia.ru> (Союз педиатров России)
- 24 <http://www.antibiotic.ru> (Межрегиональная ассоциация микробиологов и клинических иммунологов (МАКМАХ))
- 25 <http://www.asmok.ru> (Ассоциация медицинских обществ по качеству)
- 26 <http://www.rcpcf.ru> (Детский паллиатив)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для обеспечения государственной итоговой аттестации кафедра располагает ноутбуками, компьютерами, проекторами.