

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

Н.И.Свиридова

«27» июля 2024г.

**Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой)
аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.18**
Неонатология

Квалификация (степень) выпускника: **врач-неонатолог**

**Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного
медицинского и фармацевтического образования**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2023,2024 года поступления

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Заячникова Татьяна Евгеньевна	Доцент	К.м.н., доцент	Педиатрии и неонатологии института НМФО
2.	Деларю Наталья Викторовна	Доцент	К.м.н., доцент	Педиатрии и неонатологии института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии Института НМФО, протокол № 5 от «25» 05 2024 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,
д.м.н., доцент
Шишиморов

И. Н.

Рецензенты:

1. Ипполитова Людмила Ивановна, д.м.н., заведующий кафедрой неонатологии и педиатрии ФБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко»;
2. Лебедева Оксана Вячеславовна, д.м.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России;

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК

М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического, правового сопровождения и производственной практики

М.Л.Науменко

Утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» 06 2024 года

Секретарь

Ученого совета

М.В.Кабытова

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.18 «НЕОНАТОЛОГИЯ»

1. В день вакцинации БЦЖ другие парентеральные манипуляции ребенку **не проводят**

проводят через час

проводят одномоментно

проводят через 6 часов

2. Характерным свойством транзиторного тахипноэ новорожденных не является

наличие положительных маркеров воспалительного процесса

отсутствие показаний для введения экзогенного сурфактанта

быстрое снижение потребности в дополнительной оксигенации на фоне проведения СРАР

развитие чаще после родоразрешения путем операции кесарево сечение

3. Для клинической картины пареза лицевого нерва не характерен признак **сосание нарушено (молоко выливается на здоровой стороне рта)**

при крике рот перетягивается в здоровую сторону

сглаженность носогубной складки на стороне поражения

лагофтальм на стороне поражения

4. Ранняя анемия недоношенных новорожденных является

нормохромной, нормоцитарной

гиперхромной, макроцитарной

нормохромной, микроцитарной

гипохромной, нормоцитарной

5. Важное диагностическое значение при

везикулопустулезе имеет _____ исследование содержимого пузырей

бактериологическое

иммунофлюорисцентное

иммуноферментное

полимеразное цепное

6. Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:

локальные отеки стоп и кистей

цианоз

макроглоссия

мышечный гипертонус

7. Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:

бронхиолит

ларингит

трахеит

бронхит

8. Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:

алактат-ацидоза

алкалоза

респираторного ацидоза

кетоацидоза

9. Под рефлексом Бабкина понимают врожденный рефлекс новорожденного, относящийся к оральным сегментарным автоматизмам, определяемый

при надавливании большим пальцем на область обеих ладоней одновременно, ближе к тенару, в результате происходит открывание рта и сгибание головы ребенка

поглаживанием в области угла рта, в результате происходит опускание губы,

отклонение языка и поворот головы в сторону раздражителя

при введении указательного пальца в рот на 3-4 см-ребенок делает

ритмичные сосательные движения.

при быстром ударе пальцем по губам- происходит вытягивание губ вперед

10. Особо высокую группу риска по инфицированию вирусом гепатита В представляют новорожденные

родившиеся у матерей- носителей вируса и больных гепатитом В

родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей

перенесшие гемотрансфузию карантинизированной эритроцитарной массой с экстремально низкой массой тела при рождении

11. При гиперпаратиреозе у новорожденного наблюдается гиперкальциемия и **гипофосфатемия**

гиперфосфатемия

гипонатриемия

гипокальциемия

12. Одной из основных форм врожденного ихтиоза является

небуллезная ихтиозоформная эритродермия Брока

себорейный дерматит

токсический эпидермальный некролиз

врожденный буллезный эпидермолиз

13. Рефлекс Моро физиологичен до _____ месяцев, затем он угасает

6
3
10

14. Грудное вскармливание недоношенных детей невозможно при наличии **постконцептуального возраста менее 32 недель**
центрального венозного катетера
постконцептуального возраста 34 недели
потребности в фототерапии

15. Порядок оказания неонатологической медицинской помощи устанавливает правила оказания неонатологической медицинской помощи (медицинской помощи новорожденным) в период от рождения до _____ жизни
полных 28 суток
двух месяцев
одного года
полных 31 суток

16. Открытый артериальный проток является фактором риска развития **бронхолегочной дисплазии**
синдрома внутрисосудистого свертывания крови
высокой легочной гипертензии
внутрижелудочкового кровоизлияния

17. Кратность и продолжительность наблюдения при остеопении недоношенных детей составляет 1 раз в _____ месяцев в течение _____ месяцев
3-6,24
12,24
3-6,12
9,18

18. Противопоказанием к вакцинации БЦЖ является **ВИЧ-инфекция у матери**
недоношенность с массой тела при рождении менее 3500
задержка внутриутробного развития
гестационный сахарный диабет у матери

19. У новорожденного ребенка клиника постгеморрагического шока может развиваться при кровопотере **10% объема циркулирующей крови**
3-5 мл
1-3% объема циркулирующей крови
менее 8% объема циркулирующей крови

20. После завершения фототерапии при уровне билирубина в пределах нормы ребенок может быть выписан домой через (в часах)

12

24

6

48

21. Под ранней неонатальной смертностью подразумевают:

число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных

число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 живорожденных

22. У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:

глюкозы

аминокислот

низкомолекулярных белков

ионов натрия

23. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:

врожденная слабость хрящевого каркаса гортани

тяжи и спайки в области голосовой щели

парез голосовых связок

стеноз гортани

24. Число форм болезни Дауна:

две

одна

три

четыре

25. Линейный рост новорожденного ребенка определяется:

функцией щитовидной железы

функцией паращитовидных желез

функцией надпочечников

уровнем соматотропного гормона

26. Прямая проба Кумбса положительна при:

гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору

ГБН по системе АВО
геморрагической болезни новорожденных
талассемии

27. Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:

развитием ангиитов и тромбоваскулитов
сенсibilизацией организма
нерациональной антибиотикотерапией
повышенной ломкостью сосудов

28. При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:

гнойный менингит
внутричерепное кровоизлияние
порок развития головного мозга
метаболические нарушения

29. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования:

по аутосомно-рецессивному
по аутосомно-доминантному
по доминантному, сцепленному с X-хромосомой
по рецессивному, сцепленному с X-хромосомой

30. Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:

левый желудочек
левое предсердие
правый желудочек
правое предсердие

31. Показанием к отмене введения магния в составе парентерального питания новорожденного является

холестаз
тяжелый респираторный дистресс синдром
анемия
недоношенность

32. Длительность курса гормональной терапии при адреногенитальном синдроме:

пожизненно
на срок продолжительности криза
2 месяца
6 месяцев

33. Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:

кровотечениям

синдрому аспирации

развитию гипогликемии

нарушениям сердечного ритма

34. Морфологический характер поражения печени при гепатитах:

гипоплазия желчевыводящих путей

жировая инфильтрация

отложение гликогена

некроз (лизис) гепатоцитов

35. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения:

тетрада Фалло

дефект межжелудочковой перегородки

транспозиция магистральных сосудов

открытый артериальный проток

36. Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:

жировая дистрофия с участками экстрамедуллярного кроветворения

белковая дистрофия

накопление гликогена

внутрипеченочная частичная атрезия желчевыводящих путей

37. Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:

вирус Коксаки

стафилококк

стрептококк

клебсиелла

38. Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:

одышка, тахикардия, увеличение размеров печени

цианоз, одышка, тахикардия

одышка, тахикардия, хрипы в легких

цианоз, отеки, хрипы в легких

39. Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей:

асфиксия

гемолитическая болезнь

врожденные пороки сердца
фиброэластоз

40. Характерным признаком кефалогематомы является:
отчетливое отграничение по линии черепных швов
флюктуация при пальпации
локализация над теменной костью
выраженная болезненность при пальпации

41. Профилактикой геморрагической болезни новорожденных является:
введение препаратов витамина К
переливание свежезамороженной плазмы
раннее прикладывание к груди
отсроченное пережатие пуповины

42. ДВС-синдром для сепсиса:
свойственен
не характерен
характерен в редких случаях
характерен при вирусной этиологии

43. Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:
щитовидной железы
гипофиза
надпочечников
вилочковой железы

44. Диурез при первой степени обезвоживания:
остаётся нормальным
увеличивается
снижается
это зависит от концентрации натрия в сыворотке крови

45. Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:
уменьшается
увеличивается
не изменяется
у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных –
уменьшается

46. Патология желудочно-кишечного тракта, наиболее часто встречающаяся у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:
некротизирующий энтероколит
пилороспазм

халазия пищевода
высокая кишечная непроходимость

47.Оптимальной тактикой ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании является:
подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание
уменьшить объем грудного молока и назначить антибактериальную терапию
перевести на искусственное вскармливание адаптированными смесями и назначить биопрепараты
полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси

48.Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:
на грудном вскармливании
на искусственном вскармливании
на смешанном вскармливании

49.Для механических желтух типично повышение активности:
щелочной фосфатазы
аспартатаминотрансферазы (АСТ)
аланинаминотрансферазы (АЛТ)
альдолазы

50.Наиболее частой причиной анемии при рождении является:
кровопотеря
наследственный микросфероцитоз
дефицит эритроцитарных ферментов
наследственная гипопластическая анемия

51.Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:
снижение протромбинового комплекса
повышенный фибринолиз
тромбоцитопения
уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

52. Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:
к 3-5 дню жизни
сразу после рождения
на 2-ой день жизни
на 2-й неделе жизни

53.В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:
геморрагический синдром

диарея
рвота
анорексия

54. Эксфолиативный дерматит Риттера относится к группе:

стафилококковых пиодермии

генодерматозов

стрептококковых пиодермии

аллергодерматозов

55. Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:

изменения костей и глазного дна

сифилитическая пузырчатка

ринит

менингит

56. Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:

репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике

неблагоприятный преморбидный фон

искусственное вскармливание

медикаментозная терапия

57. В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с:

муковисцидозом

сепсисом

деструктивной пневмонией

пневмонией грамотрицательной этиологии

58. В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:

клеточный иммунитет

гуморальный иммунитет

местный иммунитет

неспецифические факторы защиты

59. При олигурии вследствие обструктивной уropатии новорожденному ребенку показано:

хирургическое лечение

введение мочегонных средств

проведение гемодиализа

60. В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:

симптомы интоксикации

нарушения диуреза

отеки

61. При какой этиологии сепсиса наиболее выражены изменения в лейкоцитарной формуле крови:

грам-положительной

грам-отрицательной

грибковой

зависимость от возбудителя отсутствует

62. Какова основная эпидемиологическая локализация госпитальных штаммов стафилококка в организме человека:

на слизистой носоглотки

на коже

в области промежности

на слизистой носовых ходов

63. Гнойный менингит у недоношенных новорожденных чаще всего развивается на фоне:

субарахноидального кровоизлияния

паренхиматозного кровоизлияния

внутриутробной гипотрофии

незрелости

64. Какие изменения системы крови возможны у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:

полицитемия

лейкоцитоз

тромбоцитопения

повышение уровня гемоглобина

65. При каком заболевании в копрограмме обнаруживается большое количество нейтрального жира и его преобладание над жирными кислотами:

при муковисцидозе

при лактазной недостаточности

при экссудативной энтеропатии

66. В желудочно-кишечном тракте новорожденного ребенка железо всасывается на уровне: **верхних отделов тонкой кишки**

желудка

тощей кишки

толстой кишки

67. Какой симптом является патогномоничным для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки:

вирильные наружные гениталии с пигментацией

рвота с рождения

гинекомастия

мраморный рисунок кожи

68. Какая причина чаще других приводит к смерти недоношенных детей в перинатальном периоде:

преждевременная отслойка плаценты

слабость родовых сил

быстрые роды

токсикоз 2-й половины беременности

69. Какие анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют возникновению срыгиваний:

короткий пищевод

недостаточное развитие кардиального отдела желудка

относительный гипертонус пилорического отдела желудка

короткая уздечка языка

70. О каком заболевании свидетельствует множественный гемангиоматоз со склонностью к кровотечениям при нормальном количестве тромбоцитов в крови

о синдроме Рендю - Ослера

о синдроме Вискотта - Олдрича

о тромбоцитопенической пурпуре

о синдроме Казабаха – Мерритта

71. Укажите причину вторичного рецидивирующего омфалита

неполный инфицированный свищ пупка

фингус пупочной ранки

флегмона пупка

кожный пупок"

72. Какой из симптомов позволяет заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка:

апноэ

одышка

тремор конечностей

тахикардия

73. Укажите клинические симптомы, позволяющие заподозрить гипотиреоз при рождении:

специфических симптомов при рождении нет
сухость кожи, мышечная гипотония, склонность к запорам
макроглоссия, низкий голос, брадикардия
затянувшаяся желтуха

74. Какая из перечисленных причин чаще других вызывает судорожный синдром у недоношенных детей:

обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)
внутричерепная родовая травма
асфиксия
пренатальное поражение ЦНС)

75. Какими факторами обеспечивается адекватность сердечного выброса **венозным возвратом к сердцу сократительной способностью миокарда общим периферическим и легочным сосудистым сопротивлением** объемом циркулирующей крови

76. При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит:

при хламидиозе
при токсоплазмозе
при микоплазмозе
при цитомегалии

77. Иммуноглобулины какого класса не может вырабатывать в достаточном количестве организм новорожденного ребенка:

IgG
IgA
IgM
IgE

78. Проведение фототерапии недоношенным детям может осложняться **появлением жидкого стула с примесью зелени**

синдромом сгущения желчи
развитием гемолитической анемии
присоединением инфекции

79. Возможно ли развитие сепсиса без первичного гнойного очага:

невозможно
возможно при абортивном течении сепсиса
возможно в случае септицемии

80. Какое осложнение характерно для врожденной краснухи:

катаракта

хориоретинит

миокардит

геморрагический синдром

81. С чем связано падение гемоглобина на 1-м месяце жизни у здорового доношенного новорожденного ребенка:

с естественным гемолизом эритроцитов

с торможением функции костного мозга

с активацией ретикуло-гистиоцитарной системы

82. Действие на новорожденного переданных ему трансплацентарно от матери с тиреотоксикозом тиреостимулирующих иммуноглобулинов может сохраняться в течение:

1 года

1 месяца

6 месяцев

2 лет

83. Когда происходит первый "перекрест крови" у недоношенных детей:

после 7-10 дня жизни

на 4-й день жизни

на 5-й день жизни

на 6-й день жизни

84. Полная транспозиция магистральных сосудов характеризуется:

диффузным цианозом

одышкой

грубым систолическим шумом в сердце

тахикардией

85. Укажите характер стула при дисахаридазной недостаточности:

водянистый, кислый, трескучий

гомогенный, желтый, со слизью

жидкий, жирный, зловонный

обильный, замазкообразный, ахоличный

86. Чем отличается клиника дыхательной недостаточности при ядерной желтухе от пневмонии

резким угнетением дыхательного центра (брадипноэ)

ничем не отличается

наличием влажных хрипов в легких

выраженной одышкой

87. У женщин с диабетом беременных чаще всего рождаются дети:
с макросомией
с внутриутробной гипотрофией
маленькие к сроку

88. Какова нормальная частота дыхания у здорового новорожденного:
40-60 в минуту
10-15 в минуту
20-30 в минуту
70-80 в минуту

89. Как влияет заболевание сахарным диабетом матери на состояние инсулярного аппарата у плода:
активизирует клетки инсулярного аппарата
тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода
приводит к атрофии инсулярного аппарата
не оказывает никакого влияния

90. О чем свидетельствует появление у ребенка мочи цвета малинового сиропа:
о гемоглобинурии
о макрогематурии
о билирубинемии
о мочекишлом инфаркте

91. Показана ли антибактериальная терапия новорожденному с ограниченной формой везикулопустулеза:
не показана
показана при сочетании везикулопустулеза с гипотрофией
показана при сочетании везикулопустулеза с желтухой
показана во всех случаях

92. Какой фактор в большей степени определяет клиническую картину при внутриутробных инфекциях:
сроки внутриутробного поражения
токсичность возбудителя
путь проникновения инфекции
состояния реактивности организма плода

93. Самым частым вариантом поражения сердца у новорожденных, перенесших асфиксию в родах, является:
транзиторная ишемия миокарда
инфаркт миокарда
фиброэластоз

пароксизмальная тахикардия

94. Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:

гирсутизм ушной раковины

макросомия

конъюгационная желтуха

пупочная грыжа

95. Этиологическим фактором в возникновении фиброэластоза у новорожденных детей обычно является:

внутриутробная энтеровирусная инфекция

хроническая внутриутробная гипоксия

отягощенная наследственность

прием матерью во время беременности медикаментов, обладающих тератогенным действием

96. При родах в ягодичном предлежании чаще всего повреждаются следующие участки спинного мозга:

нижний шейный и верхний грудной

верхний и средней шейный

верхний грудной и средний грудной

нижний грудной и поясничный

поясничный и копчиковый

97. При наличии у новорожденного изолированного паралича Эрба-Дюшена следует думать об интранатальном повреждении:

корешков спинномозговых нервов

нервов плечевого сплетения

спинного мозга

локтевого нерва

лучевого нерва

мозжечка

98. При выявлении у новорожденного тотального паралича верхней конечности повреждены корешки или нервы из сегментов спинного мозга на уровне:

C5-Th1

C1-C4

C5-C6

C7-Th1

C1-Th1

Th2-Th6

99. Синдром Горнера является следствием поражения:

шейного отдела симпатического ствола

продолговатого мозга
шейного отдела спинного мозга
плечевого сплетения
лицевого нерва
теменной доли головного мозга

100. Примерно у четверти больных при лечении сердечными гликозидами возникают нежелательные эффекты, которые условно делят на кардиальные и внекардиальные. Какое самое характерное внекардиальное проявление отравления сердечными гликозидами у новорожденного:

диспепсия

мышечная гипотония
тромбоцитопения
аллергический васкулит
бронхоспазм

101. Какие из ниже перечисленных антикоагулянтов синтезируются в печени и являются витамин К-зависимыми:

антитромбин III

протеины С и S
б2-макроглобулин и б1-антитрипсин
С1-ингибитор, гепариновые кофакторы II, V

102. Антагонистом гепарина является:

протамин-сульфат

дипиридамол
дицинон
криопреципитат
десмопрессин

103. Молоко преждевременно родивших женщин содержит:

больше белка

меньше белка
больше жиров
больше углеводов
меньше натрия

104. Укажите, через какое время после вакцинации БЦЖ (БЦЖ- М) на месте инъекции возникает папула:

4-6 нед

7 дней
2-3 нед
6-8 нед
2-3 мес

105. Вакцина БЦЖ представляет собой:

живые МБТ

убитые МБТ

анатоксин

расщепленную вакцину

субъединичную вакцину

106. Оптимальным временем проведения вакцинации от ВГВ является:

первые 12 часов жизни

первые 24 часа жизни

первые 48 часов жизни

первые 72 часа жизни

первые 3 месяца жизни

107. Шкала Сильвермана необходима:

определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка

определения зрелости новорожденного

определения тяжести асфиксии у новорожденного

определения степени тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка

108. Какую массу имеет плацента при доношенной беременности:

500- 600 г

800 - 900 г

900 - 1000 г

1000 - 1100 г

1200 - 1300 г

109. Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:

900 - 1200 мл

500 - 800 мл

1300 - 1600 мл

1700 - 2000 мл

более 2000 мл

110. Наиболее частой причиной смерти новорожденного ребенка при хронической трансплацентарной кровопотере является:

декомпенсация сердечно-сосудистой системы

асфиксия

синдром аспирации

гиповолемический шок

тяжелые метаболические нарушения

111. Анемия у беременных чаще всего является:

- железодефицитной**
- постгеморрагической
- гемолитической
- гипопластической
- фолиеводефицитной

112. Какая доля общего объема крови, притекающей к плоду по пупочной вене, идет в нижнюю полую вену через Аранциев проток, минуя печень:

- 50 %**
- 10 %
- 20 %
- 30 %
- 70 %

113. Укажите направление шунтирования крови через артериальный проток у плода:

- право-левое**
- лево-правое
- двухстороннее
- из большого в малый круг кровообращения

114. Доля крови, выбрасываемая желудочками плода в легкие составляет:

- до 7 %**
- до 10 %
- до 15 %
- до 20 %
- до 30 %

115. При выявлении у беременной многоводия следует думать:

- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода**
- о гемолитической болезни плода**
- о внутриутробной гипоксии
- о перенашивании

116. В условиях внутриутробной гипоксии при снижении сердечного выброса у плода максимальный уровень кровотока сохраняется в сосудах:

- пуповины**
- легких
- почек
- брыжейки
- головного мозга

117. Кардиотокография (КТГ) - это:

непрерывная одновременная регистрация сокращений матки и ЧСС плода

непрерывная регистрация ЧСС плода

непрерывная регистрация сокращений матки

непрерывная регистрация внутриматочного давления

118. Причиной развития острой плацентарной недостаточности являются:
отслойка плаценты

преждевременное созревание плаценты

патология пуповины

фето-фетальный трансфузионный синдром

перенашивание беременности

199. Определение а-фетопротеина в сыворотке крови беременной показано при:

подозрении на внутриутробную инфекцию

сахарном диабете

гестозе

подозрении на пороки ЦНС

Rh-конфликте

120. К какому классу иммуноглобулинов относятся Rh-антитела:

IgG

IgA

IgM

IgE

121. К какому классу иммуноглобулинов относятся ABO-антитела:

IgM

IgA

IgG

IgE

122. Частота Rh-изоиммунизации женщин будет ниже в случае если:

кровь матери 0(I) - кровь плода A(II)

кровь матери A(II) - кровь плода B(III)

кровь матери B(III) - кровь плода AB(IV)

кровь матери AB(IV) - кровь плода A(II)

123. Исследование фосфолипидов в околоплодных водах служит для определения:

зрелости легких плода

пороков развития плода

многоводия

фетоплацентарной недостаточности

Rh-конфликта

124. При каком соотношении лецитин/сфингомиелин (Л/С) в околоплодных водах риск развития респираторного дистресс-синдрома минимальный:

Л/С \geq 2:1

Л/С = 1,7:1 - 1,9: 1

Л/С = 1,6:1 - 1,7:1

Л/С = 1,5:1

Л/С < 1,5:1

125. Какой из перечисленных препаратов ускоряет созревание легких плода:

дексаметазон

партусистен

гинипрал

изоптин

парлодел

126. Маловодие часто сочетается:

с пороками мочевыделительной системы

с 2-х сторонней агенезией почек

с фетоплацентарной недостаточностью

с гестационным диабетом

127. Для монохориальной моноамниотической двойни характерно:

одна плацента

плоды одинакового пола

две плаценты

плоды разного пола

128. Для дихориальной диамниотической двойни характерно:

две плаценты

плоды разного пола

одна плацента

плоды одинакового пола

129. Для фето-фетального трансфузионного синдрома характерно:

различие в массе близнецов более 25 %

различные количества околоплодных вод

различия в массе нет

наличие только плодов-доноров

130. С какой целью вводятся глюкокортикоиды при преждевременных родах:

профилактика дыхательной недостаточности новорожденного

снижения сократительной деятельности матки

стимуляции сократительной деятельности матки

предупреждения преждевременного излития околоплодных вод

131. Какая из перечисленной патологии пуповины наиболее опасно для плода в интранатальном периоде:

оболочечное прикрепление пуповины

обвитие пуповины вокруг шеи

короткая пуповина

длинная пуповина

недоразвитие одной пупочной артерии

132. Какой путь инфицирования плода чаще встречается в интранатальном периоде:

восходящий

гематогенный

нисходящий

смешанный

133. Средняя продолжительность 2-го периода родов для первородящей составляет:

30-40 минут

10-20 минут

20-30 минут

40-50 минут

более 60 минут

134. Средняя продолжительность 2-го периода родов для повторнородящей составляет:

20-30 минут

10-20 минут

30-40 минут

40-50 минут

более 60 минут

135. Вес плаценты при доношенной беременности в среднем составляет:

1/6 массы тела плода

1/2 массы тела плода

1/3 массы тела плода

1/4 массы тела плода

1/8 массы тела плода

136. Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:

0,33 г/л

0,03 г/л

3,3 г/л

136. На фоне тяжелого состояния доношенного новорожденного ребенка скрытые отеки следует заподозрить при прогрессивной прибавке массы тела более _____ грамм в сутки:

более 30 г в сутки

более 80 г в сутки

более 50 г в сутки

137. Клубочковая фильтрация у здорового доношенного новорожденного ребенка по сравнению со взрослым:

повышена

одинакова с показателем

снижена

138. Установите соответствие между физиологической величиной суточного диуреза и постнатальным возрастом ребенка в 1-2 сутки жизни:

0,5-2,5 мл/кг/час

0.5-1 мл мл/кг/час

2,0-5 мл мл/кг/час

3-6 мл мл/кг/час

139. В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:

клеточный иммунитет

гуморальный иммунитет

местный иммунитет

неспецифические факторы защиты

140. Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:

интерферообразование

фагоцитоз

gM-антитела

IgG-антитела

141. По сравнению с детьми старшего возраста у новорожденных на фоне ОРВИ значительно реже встречается синдром:

круп

лимфаденопатии

обструктивный

абдоминальный

142. В дифференциальном диагнозе ОРВИ от бактериальной пневмонии ведущими признаками являются:

тяжесть инфекционного токсикоза

изменения в гемограмме

степень дыхательной недостаточности

143. Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:

инфекционные заболевания органов дыхания

тимомегалия

врожденные иммунодефицитные состояния

аспирационный синдром

144. Желтуха при галактоземии и муковисцидозе носит характер:

паренхиматозной

конъюгационной

механической

гемолитической

145. Первыми симптомами билирубиновой интоксикации у новорожденных детей являются:

появление симптомов угнетения

резкое возбуждение

повышение мышечного тонуса

ригидность затылочных мышц

146. Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей:

IgA

IgM

IgG

IgE

147. Для кишечной формы муковисцидоза характерен стул:

жирный, зловонный, разжиженный

кашицеобразный с белыми комочками и слизью

водянистый, трескучий, кислый

частый, жидкий с мутной слизью и зеленью

148. Оцените следующие результаты копрологического анализа:

нейтральный жир (-), жирные кислоты (++++), мыла (+++), йодо-фильная флора (++)

нарушен этап всасывания

нарушено полостное пищеварение

нарушен мембранный гидролиз

вариант нормы

149. Для бактериальных кишечных инфекций у новорожденных наиболее характерно сочетание признаков:

токсикоз, диарея, эксикоз

эксикоз и дистрофия

диарея и удовлетворительный аппетит

150. Бродильная диарея помимо дисахаридазной недостаточности характерна для:

ротавирусной инфекции

сальмонеллеза

стафилококковой инфекции

клостридиоза

151. Высокий уровень ретикулоцитов характерен для:

гемолитической анемии

постгеморрагической анемии

фолат-дефицитной анемии

железодефицитной анемии

152. Хроническая кровопотеря характеризуется:

гипохромией эритроцитов и микроцитозом

нормохромией эритроцитов и нормоцитозом

гиперхромией эритроцитов и макроцитозом

153. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:

неизменный ритм сердечных сокращений

брадикардия

тахикардия

154. Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:

да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза

да, при присоединении вентрикулита

нет

155. Специфическим (патогномоничным) симптомом сепсиса у новорожденных является:

одного специфического симптома для диагностики сепсиса не

существует гиперлейкоцитоз (более 25000 в 1 мкл капиллярной крови)

тромбоцитопения

повышение уровня белков острой фазы в сыворотке крови

положительная гемокультура

156. В первые 3 дня жизни клинически можно диагностировать:

одну из форм муковисцидоза (мекониальный илеус)

фенилкетонурию
синдром Тея-Сакса
глицинурию

157. Хромосомная aberrация, к которой относится болезнь Дауна:

трисомия 21p

трисомия 18p

трисомия 13p

кариотип 47XXY

158. Кариотип при синдроме Шерешевского-Тернера:

45XO

47XY

47XXY

47XY+18p

159. Кариотип при синдроме Клайнфельтера:

47XXY

47XY

45XO

47XY+18p

160. Носителем мутантного гена при наследственных нарушениях обмена веществ (ФКУ, гипотиреоз, АГС и др.) является:

оба родителя

отец

мать

никто из родителей

161. Риск рождения ребенка с фенилкетонурией, если носителями мутантного гена являются оба родителя, равен:

25 %

75 %

50 %

риск рождения больного ребенка отсутствует

162. Половой хроматин представляет собой:

спирализованную X-хромосому

спирализованную Y-хромосому

инактивированную 21 пару хромосом

инактивированную 18 пару хромосом

163. При галактоземии не поражается:

бронхо-легочная система

центральная нервная система

хрусталик глаза
печень

164. Для галактоземии из перечисленных биохимических маркеров не характерным является:

гиперхолестеринемия

гипогликемия

повышение уровня галактозо-1-фосфата в крови

галактозурия

165. К неотложным состояниям, которые могут развиваться у новорожденного с синдромом Беквита-Видемана, относятся:

судорожный синдром

острая дыхательная недостаточность

острая недостаточность кровообращения

апноэ

166. Патоморфологическим признаком адреногенитального синдрома является:

гиперплазия коры надпочечников

гипоплазия коры надпочечников

аденоматоз надпочечников

кровоизлияние в надпочечники

167. Криз надпочечниковой недостаточности при врожденной гиперплазии коры надпочечников характеризуют следующие электролитные нарушения:

гипонатриемия и гиперкалиемия

гипернатриемия и гипокалиемия

гипернатриемия и гиперкалиемия

гипонатриемия и гипокалиемия

168. Врожденная гиперплазия коры надпочечников:

встречается с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек

чаще встречается у мальчиков

чаще встречается у девочек

сольтеряющая форма адреногенитального синдрома встречается только у девочек

169. При условии минимального количества сыворотки крови ребенка, страдающего АГС, находящегося в эксикозе, в первую очередь следует определить уровень:

электролитов и сахара

белка и мочевины

белковых фракций и трансаминаз

кальция и фосфора, щелочной фосфатазы

170. Для асептического некроза характерно:

уплотнение подкожной клетчатки

локализация в области спины и мест сдавления

синюшный оттенок кожи

изменение общего состояния и быстрое распространение процесса

наличие флюктуации

171. Наиболее характерными вариантами кровоизлияний при родовой травме являются:

субдуральные гематомы

эпидуральные гематомы

субарахноидальные кровоизлияния

паренхиматозные кровоизлияния

субэпидимальные гематомы

внутрижелудочковые кровоизлияния

172. Наиболее частой причиной повышения содержания углеводов в кале у недоношенных детей является:

вторичная лактазная недостаточность, развившаяся на фоне затяжных кишечных инфекций

первичный генетический дефект

транзиторная лактазная недостаточность как результат незрелости диеты, богатая углеводами

173. Наиболее частый путь инфицирования при постнатальной пневмонии у недоношенных детей является:

бронхогенный

гематогенный

лимфогенный

смешанный

174. Из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных:

пиодермия

флегмона

остеомиелит

рожистое воспаление

175. Повышение уровня прямого билирубина при конъюгационной желтухе у недоношенных детей связано:

с относительной незрелостью конъюгирующих ферментов и экскреторной функцией

с нарушением конъюгирующей функцией гепатоцитов

с нарушением экскреторной функцией гепатоцитов

с нарушением проходимости желчевыводящих путей

176. Укажите наиболее частую локализацию внутричерепных кровоизлияний у недоношенных детей:

в боковые желудочки мозга

субдуральные

эпидуральные

в вещество мозга

177. Наиболее частая причина поражения ЦНС у недоношенных новорожденных является:

пренатальная патология

родовая травма

обменные нарушения

внутриутробная инфекция

178. Более тяжелому течению конъюгационной желтухи у недоношенных детей способствует:

полицитемия

низкая оценка по шкале Апгар

гипергликемия

гипокалиемия

179. Встречается ли у недоношенных детей токсическая эритема:

встречается, но очень редко

нет

очень часто

только у детей с внутриутробной гипотрофией

180. Гипертермия у недоношенных детей чаще наблюдается при:

менингите

пневмонии

сепсисе

энтероколите

181. Входными воротами инфекции при сепсисе у недоношенных детей чаще всего является:

пупочная ранка

кишечник

легкие

мацерированная кожа

182. Быстрое согревание охлажденного недоношенного ребенка может вызвать:

апноэ

тахикардию
судороги
тахипноэ

183. Основной причиной развития бронхо-легочной дисплазии является:

токсическое действие кислорода

аспирация мекония
первичные ателектазы
бактериальная пневмония

184. Максимальная суточная прибавка массы тела у недоношенного ребенка в норме составляет:

15 г

5 г
30 г
50 г

185. Наиболее часто развитие ретинопатии недоношенных детей связано с:

гестационным возрастом

длительностью кислородотерапии

антибактериальной терапией
частичная васкуляризация сетчатки
видом вскармливания

186. Кровоизлияние в надпочечники у недоношенных детей может быть осложнением:

родов в тазовом предлежании

тяжелой интранатальной асфиксии

проявлением адрено-генитального синдрома
следствием пренатального лечения беременных глюкокортикоидами

187. Какие осложнения наиболее часто сопровождают истинную полицитемию у недоношенных детей:

развитие гипербилирубинемии

респираторные расстройства

развитие бактериемии
гипогликемия

188. Для уменьшения неощутимых потерь у недоношенного ребенка влажность в кювезе должна поддерживаться не менее _____

50-60%

70-80%
80-90%

189. У недоношенных детей причиной значительных неощутимых потерь жидкости является _____ величина площади поверхности тела по отношению к массе тела:

большая

меньшая

190. Какой сброс крови наблюдается в первые сутки жизни у недоношенных детей с функционирующим артериальным протоком:

лево-правый

право-левый

191. Для закрытия артериального протока показано введение

индометацина

нитропрусида натрия

компламина

дексаметазона

курантила

192. Какова идеальная позиция для головы ребенка во время реанимации?

шея должна быть слегка разогнута

шея должна быть слегка согнута

ребенок должен лежать на животе, с головой повернутой влево

ребенок должен лежать на животе, с головой повернутой вправо

193. У доношенного ребенка при рождении отмечается апное и требуется вентиляция под положительным давлением. Какая концентрация кислорода должна использоваться для того, чтобы начать реанимацию?

комнатный воздух должен использоваться для того, чтобы начать реанимацию у доношенных новорожденных

100% кислород должен использоваться, если ребенок доношенный

60% кислород должен использоваться для реанимации доношенных новорожденных

40% кислород должен использоваться для реанимации доношенных новорожденных

194. Когда показан непрямой массаж сердца?

когда ЧСС остается менее 60 уд/минуту после 30 секунд эффективной вентиляции под положительным давлением

всегда, когда ЧСС меньше, чем 60 уд/минуту

когда ЧСС остается менее 90 уд/минуту после 30 секунд эффективной вентиляции под положительным давлением

всегда, когда ЧСС меньше, чем 100 уд/минуту

195. При координации вентиляции под положительным давлением и непрямого массажа сердца, сколько действий выполняется каждую минуту?

30 вдохов, 90 сжатий

40 вдохов, 80 сжатий

60 вдохов, 60 сжатий

60 вдохов, 120 сжатий

196. Ребенку необходима вентиляция и непрямой массаж сердца. Через 60 секунд от начала массажа, вы определяете ЧСС 70 уд/минуту. Каков ваш следующий шаг ?

остановить непрямой массаж сердца; продолжить вентиляцию под положительным давлением

продолжить непрямой массаж сердца и вентиляцию под положительным давлением

прекратить непрямой массаж сердца и вентиляцию под положительным давлением

ввести адреналин, одновременно продолжая непрямой массаж сердца и вентиляцию под положительным давлением

197. Вы успешно интубировали новорожденного с приблизительным гестационным сроком 35 недель и массой при рождении 2 кг. Какова правильная глубина введения от конца трубки до губ для ее правильного расположения в середине трахеи?

8 см

6 см

7 см

9 см

198. Какова правильная доза адреналина концентрации 1:10,000 для эндотрахеального введения ребенку массой 3 кг?

1.5 мл адреналина через эндотрахеальную трубку

0.3 мл адреналина через эндотрахеальную трубку

0.9 мл адреналина через эндотрахеальную трубку

0.5 мл адреналина через эндотрахеальную трубку

199. Что из нижеследующего является особыми шагами при реанимации новорожденного с подозрением на врожденную диафрагмальную грыжу?

интубация трахеи и введение орogaстрального зонда

вентиляция с помощью мешка и маски с высоким пиковым давлением вдоха и высоким положительным давлением конца выдоха

вентиляция с помощью мешка и маски с высокой частотой без давления конца выдоха

поддержка дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях и высокой концентрацией кислорода

200. По достижении 36 нед. ПКВ, в случае сформировавшейся БЛД, уровень SatO₂ следует поддерживать на уровне

94–95%

87-90 %

90-92%

201. Развитие кислородозависимости при новой форме БЛБ происходит: **отсроченно (через несколько дней-недель), характерен «светлый» промежуток**
сразу после рождения

202. Непрямой массаж сердца при реанимации новорожденного в родильном зале можно прекратить, когда частота сердечных сокращений достигает _____ ударов в минуту и выше:

60

80

100

203. Если интубацию трахеи не удастся завершить через _____ секунд от момента введения клинка ларингоскопа, необходимо прервать процедуру и провести масочную ИВЛ:

20 секунд

40 секунд

60 секунд

204. Концентрация раствора адреналина, используемого при реанимации новорожденных в родильном зале составляет _____

1:10000

1:1000

1:10000

205. После восстановления свободной проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Сразу вслед за этим следует:

оценить частоту сердечных сокращений

начать ингаляцию кислорода через лицевую маску

оценить цвет кожных покровов

удалить содержимое желудка

206. Показаниями к ИВЛ новорожденному в родильном зале, при условии завершения начальных мероприятий (высушивания кожных покровов, санации верхних дыхательных путей, тактильной, стимуляции дыхания), являются:

отсутствие самостоятельного дыхания

брадикардия менее 100 ударов в минуту

судорожное дыхание

цианоз губ и слизистой ротовой полости

резкая бледность кожных покровов

207. Для принятия решения о последующих действиях в процессе оказания реанимационной помощи новорожденному в родильном зале необходимо оценивать следующие признаки:

частоту сердечных сокращений

наличие/отсутствие самостоятельного дыхания

цвет кожных покровов

мышечный тонус

рефлекторную раздражимость

208. Основными эффектами, ожидаемыми при введении адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале, являются:

периферическая вазоконстрикция

увеличение силы и частоты сердечных сокращений

улучшение микроциркуляции

ликвидация метаболического ацидоза

появление самостоятельного дыхания

209. Причиной появления в стуле большой примеси крови (мелены) может являться:

язвенно-некротизирующий энтероколит

геморрагическая болезнь новорожденного

ДВС-синдром

травма прямой кишки

непереносимость молока

трещины сосков у матери

210. Клинические проявления врожденной высокой странгуляционной кишечной непроходимости:

рвота желчью

рвота зеленью

запавший живот

болезненный живот

схваткообразные боли)

в прямой кишке слизь с кровью

"каловая" рвота

ассиметрия живота

вздутый живот

безболезненный живот

в прямой кишке – слизистые пробки

скудный стул с кровью

211. Заподозрить трахеопищеводный свищ у новорожденного ребенка в первые дни жизни позволяет:

наличие пенистых выделений изо рта

постоянное нарушение дыхания

напряжение брюшной стенки

212. Скачущий пульс наблюдается у детей при:

открытом артериальном протоке

коарктации аорты

транспозиции магистральных сосудов

стенозе легочной артерии

213. Разница пульса на правой лучевой и бедренной артериях характерна для

коарктации аорты

аномального легочного дренажа легочных вен

ДМЖП

тетрады Фалло

214. В норме значения рН крови у новорожденного находятся

в пределах _____ - _____

7,35-7,45

7,25-7,35

7,45-7,50

215. Препараты выбора при идиопатическом апноэ недоношенных:

кофеин

этимизол

эуфиллин

преднизолон

кордиамин

216. Врожденная диафрагмальная грыжа проявляется симптомами:

живот ладьевидной формы

на стороне патологии дыхание не проводится

сердечные тоны смещены в здоровую сторону

вздутие в эпигастрии

средостение смещено в большую сторону

на стороне поражения перкуторно коробочный звук

217. Для атрезии пищевода со свищом характерны следующие симптомы:

одышка

пенистые выделения изо рта

вздутие живота

срыгивание створоженным молоком

отсутствие стула

218. Причиной возникновения синдрома рвоты молоком при пилоростенозе является:

врожденный порок зоны привратника

пептический стеноз привратника

мембранный стеноз привратника

симпатотония

ваготония

биохимический дефект стероидогенеза

219. Причиной возникновения синдрома рвоты молоком при пилороспазме является:

симпатотония

генетический порок зоны привратника

пептический стеноз привратника

мембранозный стеноз привратника

ваготония

ахалазиякардии

220. Причиной возникновению синдрома рвоты молоком при псевдопилоростенозе является:

биохимический дефект стероидогенеза

генетический порок зоны привратника

пептический стеноз привратника

мембранозный стеноз привратника

симпатотония

ваготония

221. В 1 мл 10 % раствора глюкозы содержится:

0,1 гр глюкозы

0,0001 гр глюкозы

0,001 гр глюкозы

0,01 гр глюкозы

1 гр глюкозы

222. Наиболее частой причиной анурии у новорожденного является:

уменьшение ОЦК и нарушение перфузии почек

врожденная аплазия почек

обструкция мочевыводящих путей

токсическое действие на почку медикаментозных средств

тромбоз почечных сосудов

223. Гиперкапния вызывает изменения мозгового кровотока в виде:

увеличения

уменьшения

сначала уменьшения, затем увеличения
не изменяет

224. При уменьшении тяжести дыхательной недостаточности концентрацию кислорода в газовой смеси необходимо уменьшать ступенчато на:

5 %

2 %

10 %

15 %

20 %

225. Цианоз кожных покровов появляется при уровне насыщения гемоглобина кислородом менее:

85 %

45 %

55 %

65 %

95 %

226. Тяжесть гипоксемии более тесно коррелирует с цианозом:

губ и языка

кожных покровов

ногтевых лож

носогубного треугольника

227. К возможному осложнению оперативного лечения открытого артериального протока у новорожденных относят повреждение:

гортанного нерва

правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы

правой сонной артерии

вен пищевода

228. Легкое течение гемолитической болезни плода и новорожденного характеризуется уровнем гемоглобина в пуповинной крови новорожденного(в г/л):

более 145

120-125

100-115

менее 100

229. Лечебная тактика при кардиогенном шоке включает применение:

добутамина

эритроцитарной массы

больших объемов волюм-эспандерных растворов

свежезамороженной плазмы

230. Признаком, характерным для полицитемии со стороны центральной нервной системы, является:

тремор конечностей

гидроцефалия

тетрапарез

паралич Дюшена-Эрба

231. Уровень билирубина, являющийся показанием к началу фототерапии у недоношенного ребенка со сроком гестации менее 28 недель, составляет (мкмоль/л):

85-103

185-213

135-173

25-243

232. Клиническим проявлением врожденного ихтиоза является:

заполнение ушей, рта и носа массивными корками

появлением пузырей с серозным, геморрагическим содержимым на внешне здоровой коже

возникновением эритематозных экзантем на коже с плотной нескрывающейся покрышкой

кольцевидная или полициклическая эритема

233. Одним из факторов, определяющих готовность ребенка с экстремально и очень низкой массой тела при рождении, к выписке из стационара, является:

стабильная функция сердечно-сосудистой системы

скорректированный возраст 37 недель и более недель

количество апноэ в течение суток не более 2

вес не менее 2500г

234. Классификация ретинопатии недоношенных, основанная на тяжести течения процесса, не включает форму:

пост-болезнь

плюс-болезнь

заднюю агрессивную

преплюс

235. Органом, отвечающим за секрецию эритропоэтина, является:

почка

кишечник

сердце

головной мозг

236. Критерием гиперкалиемии у недоношенных новорожденных после 7 дней является повышение концентрации калия в крови более (в моль/л):

5,5

5,0

6,0

6,5

237. Хоботковый рефлекс физиологичен до _____ месяцев, затем он угасает

2-3

6-7

12

9

238. В основе патогенеза шока при дуктусзависимом пороке сердца лежит: **резкое сокращение(прекращение) легочного и системного кровотока** потеря жидкости из сосудистого русла во внесосудистое пространство крайняя степень левожелудочковой недостаточности, которая характеризуется снижением сократительной способности миокарда снижение объема циркулирующей крови и, вследствие этого, снижение сердечного выброса

239. Стартовая доза дотации белка при проведении парентерального питания у недоношенных новорожденных с массой тела при рождении 1500-2000 г равна (в г/кг/сут)

2,0-3,0

3,1-3,5

3,5-4,0

1,0-1,5

240. При транзиторном тахипноэ новорожденных на рентгеновском снимке органов грудной клетки отмечается

усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях и/или плевральных синусах

одностороннее тотальное снижение прозрачности легочной ткани

очаговое снижение прозрачности легочных полей и участки затемнения в области корня легкого

диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма)

241. Примерный расход энергии у недоношенного новорожденного на поддержание температуры тела составляет (в ккал/кг/сут):

0-8

20-30

40-48

30-40

242. Обогащение грудного молока с помощью добавления фортификатора показано всем недоношенным детям с массой при рождении менее (в граммах):

1500

2000

2500

3000

243. При переливании эритроцитсодержащих компонентов новорожденным не используют:

цельную кровь

эритроцитную взвесь

эритроцитную массу

отмытые эритроциты

244. К причине высокой постнагрузки сердца относят:

гипотермию

фето-плацентарную трансфузию

незрелость миокарда

гиповолемию

245. К причине низкой сократительной активности миокарда относят:

инфекционный процесс

высокий уровень эндогенных катехоламинов

снижение наполнения желудочков сердца

избыточные дозы инотропных вазопрессорных препаратов

246. Разовый объем трансфузии эритросодержащих компонентов крови составляет (в мл):

10-15

более 25

менее 5

20-25

247. Образец крови для проведения неонатального скрининга берут на _____ день жизни недоношенного:

седьмой

четвертый

пятый

второй

248. Одним из наиболее часто встречающихся видов шока в практике врача-неонатолога является:

дистрибутивный
анафилактический
болевогой
ожоговый

249. Массаж противопоказан детям с клиническими проявлениями:

судорожного синдрома
двигательных нарушений
персистирующего синдрома мышечной дистонии
задержки темпов физического развития

250. Препаратом выбора у новорожденного с течением септицемией (сепсис) , вызванной *Pseudomonas aeruginosa*, является:

цефтазидим
ванкомицин
оксациллин
ацикловир

251. Длительность профилактического применения препаратов железа(ферротерапии) у недоношенных новорожденных при уровне Hb в пределах возрастной нормы, определяется признаком:

средний объем эритроцитов
вес при рождении
гестационный возраст при рождении
наличие тяжелой анемии у матери во время беременности

252. Суточный объем жидкости в первые сутки жизни для недоношенного новорожденного с массой тела при рождении более 2500 г составляет(в мл/кг/сутки) :

60-70
75-80
95-100
80-90

253. Нижний уровень билирубина , являющийся показанием к фототерапии новорожденных с гемолитической болезнью в возрасте 24 часов, составляет (в мкмоль/л):

170
200
253
325

254. Диагноз неонатального тиреотоксикоза у новорожденных ставится при:
повышенной концентрации Т3 и Т4 и сниженной ТТГ
сниженной концентрации Т4 и ТТГ

повышенной концентрации Т3 и ТТГ
повышенной концентрации ТТГ и сниженных Т3 и Т4

255. Средняя продолжительность жизни эритроцитов у недоношенных новорожденных детей составляет (в сутках):

35-50

60-90

10-15

3-5

256. Типичным расположением инфильтратов при адипонекрозе является:

область плеч, ягодиц, спины

затылок, лопаточная область, крестец

разгибательная поверхность предплечий

грудь, передняя брюшная стенка

257. Для клинической картины паралича Эрба-Дюшенна не характерен признак:

рука согнута во всех суставах

предплечье пронировано

рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах

кисть в положении ладонного сгибания

258. При дефиците паратгормона не происходит угнетения обратной реабсорбции:

фосфата

магния

калия

натрия

259. К основным безусловным рефлексам новорожденного, входящим в группу оральных сегментарных автоматизмов, относят рефлекс:

Бабкина

Бауэра

Пераса

Галанта

260. Для физиологической желтухи новорожденных характерна максимальная концентрация общего билирубина не более (мкмоль/л):

256

200

156

300

261. Разница в концентрации гемоглобина при остром фета-фетальном синдроме у близнецов составляет более (в г/л):

50

20

30

40

262. К показаниям для перевода с неинвазивной искусственной вентиляции легких на традиционную не относят:

$\text{PaCO}_2 < 60$ мм РТ ст.

шок

легочное кровотечение

судороги

263. Санацию дыхательных путей при проведении высокочастотной осцилляторной вентиляции легких следует проводить только при наличии _____ видимых колебаний грудной клетки, значительного

_____ PCO_2 :

ослабления; увеличения

усиления; снижения

ослабления; снижения

усиления; увеличения

264. Клиническая классификация неонатальных гипогликемий включает _____ форму (первые 12-48 часов жизни)

классическую транзиторную

неуточненную

наследственную

идиопатическую

265. Под ударным объемом понимают:

объем крови, выбрасываемый сердцем за одно сокращение

произведение ударного объема и частоты сердечных сокращений

отношение сердечного выброса к площади поверхности тела

количество крови, выброшенной сердцем за одну минуту

266. В норме закрытие открытого артериального протока происходит в течение первых _____ часов жизни:

24-48

9-10

12-18

24-48

267. Нормо- или гиперрегенераторная анемия, сопровождающаяся выявлением гипохромных микроцитов, характерна для:

талассемии

кефалогематомы
гемолитической болезни новорожденных
анемии недоношенных

268. К признакам транзиторной надпочечниковой недостаточности у новорожденных относят:

электролитные нарушения

крипторхизм
задержку роста
остеопению

269. При проведении биологической пробы у новорожденных детей объем вводимой донорской крови и ее компонентов составляет (в мл):

- 1-2
- 0,5
- 3-4
- 5

270. Для физиологической желтухи новорожденных характерна концентрация прямого билирубина не выше (в мкмоль/л):

- 34
- 20
- 10
- 24

271. Третья фаза бактериального заселения кишечника новорожденного называется:

трансформация

продромальная
асептическая
нарастающего инфицирования

272. Кормление через зонд показано недоношенным детям постконцептуального возраста более 32 недель при:

дыхательных нарушениях и необходимости респираторных нарушений

массе тела ребенка менее 1900г
открытом овальном окне
функционирующем центральном венозном катетере

273. Аббревиатура «MCV» в клиническом анализе крови обозначает:

средний объем эритроцитов

средняя концентрация гемоглобина в эритроците
среднее содержание гемоглобина в эритроцитах
степень анизоцитоза

274. Новорожденному ребенку от ВИЧ- инфицированной матери проводится гигиеническая ванна с водным раствором:

хлоргексидина

отвара ромашки

калия перманганата

фурацилина

275. Препаратом выбора из группы диуретиков для пациентов в периоде новорожденности с легочной гипертензией не является:

маннитол

гидрохлортиазид

спиранолактон

фуросемид

276. Желчегонная терапия при гемолитической болезни новорожденного показана:

в случае развития синдрома холестаза

с первых суток жизни новорожденного

одномоментно с началом фототерапии

при снижении гемоглобина менее 150 г/л

277. Для оценки функции миокарда используются данные о:

фракции выброса

кровотоке в верхней полой вене

минутном объеме кровотока

сердечном выбросе

278. К задаче традиционной вентиляции легких не относится:

создание положительного давления в конце вдоха при самостоятельном дыхании

протезирование функции внешнего дыхания

минимизирование повреждения легких

обеспечение удовлетворительной оксигенации и вентиляции

279. Параметром, не нуждающимся в динамическом контроле при проведении фототерапии у новорожденного, является

экскурсия грудной клетки

диурез

масса тела

температура тела

280. К признаку дефицита фосфора у новорожденного не относится:

снижение гемоглобина

наличие переломов

сердечная недостаточность
снижение плотности костей

281. К рентгенологическим признакам функционирования открытого артериального протока относится:

увеличение левых отделов сердца

наличие инфильтративных изменений в легочной ткани

симптом « матового стекла»

обеднение бронхосудистого рисунка рисунка

282. Единственным методом лечения истинной полицитемии является:

частичная обменная трансфузия

фототерапия

инфузионная терапия свежезамороженной плазмой

инфузионная терапия физиологическим раствором

283. В норме на 3-4 неделе жизни у новорожденного нижняя граница уровня гемоглобина составляет (в г/л):

120

110

115

130

284. К признаку гиповентиляции (недорасправленные легкие) при проведении искусственной вентиляции легких относят:

наличие рассеянных ателектазов

уплощение диафрагмы

повышенную прозрачность легочных полей

распространение легочных полей ниже уровня 9 ребра

285. Объем жидкости у доношенных детей должен рассчитываться таким образом, чтобы потеря массы за первые 7 дней жизни не превышала

_____ % массы тела при рождении:

10

15

5

7

286. К экстракардиальной причине шока относят:

пневмоторакс

персистирующую легочную гипертензию

врожденный порок сердца

миокардит

287. Врожденный гипопаратиреоз может встречаться в составе синдрома:

Кенни

Аксефельда-Ригера

Кальмана

Уотерхауса-Фридрехсена

288. Для профилактики тромбоза катетера в раствор следует добавлять гепарин в дозе _____ ЕД на мл готового раствора:

0,5-1,0

0,1-0,2

1,1-1,5

0,3-0,4

289. Основным отличием токсической формы острого гематогенного остеомиелита и артрита новорожденных от местной является наличие:

симптомов инфекционного токсикоза

болезненности при пальпации пораженного метафиза

гиперемии, локальной гипертермии и отека мягких тканей сустава

псевдопареза пораженной конечности

290. К формам надпочечниковой недостаточности, в зависимости от уровня поражения, относится:

первичная

хроническая

подострая

идиопатическая

291. Клиническая картина раннего врожденного сифилиса характеризуется наличием:

хореоретинита

признаков дискинезии желудочно-кишечного тракта

высокой легочной гипертензии

синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания

292. Для детей с болезнью Менкеса в раннем периоде новорожденности характерны проявления:

гипотермии

полиурии

гепатоспленомегалии

гипергликемии

293. При гемофилии А введение 1 ЕД/кг антигемофильного глобулина повышает активность фактора свертывания на (в %):

2

15

12

294. К клиническим признакам, характерным для синдрома Марфана, относят:

диспропорционально длинные конечности и пальцы
единственную сгибательную складку на ладонях и мизинцах
умственную недостаточность
брахицефалию

295. К онтогенетическим особенностям гуморального иммунитета, предрасполагающим к развитию инфекций у новорожденных и недоношенных детей, относят:

апоптоз неонатальных В-лимфоцитов при массивной микробной инвазии
большое количество естественных киллерных клеток по сравнению с таковым у взрослых доноров
сниженную цитотоксическую активность естественных киллеров в периоде новорожденности
снижение показателей внутриклеточного киллинга бактерий гранулоцитами новорожденного

296. К причинам развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания относится:

гипотермия
артериальная гипертензия
неонатальная волчанка
гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток

297. При мальабсорбции глюкозы- галактозы в случае отсутствия молочной смеси на основе фруктозы ребенку назначают:

парентеральное питание
высокобелковое питание для недоношенных детей
грудное молоко
специализированную безлактозную смесь

298. Вероятность вирусной трансмиссии цитомегаловируса при первичном заражении во время беременности:

возрастает к 3 триместру
зависит от штамма вируса
не зависит от срока беременности
угасает к 3 триместру

299. Заместительная терапия при гемофилии С включает:

свежезамороженную плазму
антигемофильный иммуноглобулин

аминокапроновую кислоту
концентрат фактора IX

300. Одним из основных критериев врожденной пневмонии является:
высев из родовых путей матери и дыхательных путей или крови ребенка идентичной формы

положительный прокальцитонин тест в первые 48 часов жизни
понижение прозрачности на рентгенограмме над всеми легочными полями в первые 72 часа жизни
повышение уровня С-реактивного белка в первые 72 часа жизни

2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология

1. Провести оценку клинических анализов крови.
2. Провести оценку биохимических анализов крови
3. Алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному, родившемуся в асфиксии старше 33 нед.
4. Алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному, родившемуся в асфиксии менее 33 нед.
5. Алгоритм оказания неотложной помощи новорожденному при мекониальной аспирации.
6. Методики респираторной поддержки и терапии дыхательных расстройств у новорожденных.
7. Особенности респираторной поддержки при асфиксии новорожденного.
8. Показания и методика проведения респираторной поддержки через лицевую маску.
9. Показания и методика респираторной поддержки через носовые канюли.
10. Показания и техника ингаляции кислорода.
11. Показания к ИВЛ. Традиционная механическая ИВЛ. Принцип работы аппаратов традиционной механической ИВЛ.
12. Особенности ухода за новорожденными, получающими различные виды респираторной терапии. Профилактика осложнений респираторной терапии
13. Техника, схемы, показания для проведения фототерапии.
14. Тактика оказания неотложной помощи при острой кровопотере.
15. Методика проведения закрытого массажа сердца.
16. Провести оценку показателей ликвора у новорожденных.
17. Тактика оказания неотложной помощи при геморрагическом синдроме.
18. Техника выполнения санации верхних дыхательных путей, трахеобронхиального дерева.
19. Провести оценку показателей гемостаза новорожденного .

20. Техника катетеризации вены пуповины.
21. Техника катетеризация периферических вен.
22. Провести оценку степени морфо-функциональной зрелости.
23. Определить гестационный возраст новорожденного: постконцептуальный и скорректированный возраст: способы расчета
24. Выбрать тактику оказания неотложной помощи при судорожном синдроме у новорожденных
25. Техника выполнения интубации трахеи.
26. Провести оценку показателей физического развития новорожденного.
27. Выбрать тактику оказания неотложной помощи при острой почечной недостаточности.
28. Методика проведения операции заменного переливания крови.
29. Методика выполнения операции частичного заменного переливания крови;
30. Провести оценку неврологического статуса новорожденного.
31. Выбрать тактику оказания помощи при респираторном дистресс-синдроме.
32. Техника проведения пункции плевральной полости.
33. Провести оценку показателей мониторинга жизненно важных функций новорожденного (клинических, лабораторных, аппаратных).
34. Выбрать тактику оказания неотложной помощи при острой надпочечниковой недостаточности.
35. Техника люмбальной пункции.
36. Провести оценку показателей кислотно-основного состояния (КОС) крови у новорожденных.
37. Выбрать тактику оказания неотложной помощи при полицитемическом синдроме.
38. Техника катетеризации мочевого пузыря.
39. Провести оценку общего анализа мочи.
40. Выбрать тактику оказания неотложной помощи при шоке у новорожденных.
41. Техника зондирования и промывания желудка.
42. Техника кормления новорожденного ребенка грудью
43. Принципы энтерального питания недоношенных детей. Выбор субстрата кормления, расчеты объема кормления, способы кормления и показания к ним.
44. Принципы парентерального питания новорожденных: показания, препараты, способы расчета, клинико-лабораторный контроль, критерии отмены.
45. Осмотр новорожденного ребенка.
46. Провести оценку дыхательной недостаточности у новорожденного: клиническую и лабораторную.
47. Проведение первичного туалета новорожденного.
48. Техники эндотрахеального введения сурфактанта.

49. Теплосберегающие технологии в зависимости от гестационного возраста и массы тела новорожденного ребенка.
50. Методика регистрации ЭКГ и расшифровка полученных данных.
51. Определения группы крови и резус-фактора.
52. Методика фиксации позвоночника и конечностей при переломах.
53. Методика взятия соскобов и мазков со слизистых оболочек, патологических очагов на коже, аспирата из трахеи

3 Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.18 Неонатология.

Теоретическая часть:

1. Принципы организации реанимации и стабилизации новорожденных в родильном зале. Нормативные документы, трудовые функции врача неонатолога в соответствии с профессиональным стандартом.
2. Профессиональный стандарт врача неонатолога.
3. Медицинская этика и деонтология. Психологические и характерологические качества врача неонатолога.
4. Показатель перинатальной смертности, определение, значение, пути снижения.
5. Понятие, структура и уровни младенческой смертности. Основные причины неонатальной смертности, стратегии снижения.
6. Понятие, уровни, стратегии снижения младенческой смертности, неонатальной смертности, ранней неонатальной смертности.
7. Статистический учёт рождения и мертворождения; критерии живорождения: правовое регулирование и клиническое значение.
8. Трехуровневая система оказания помощи матери и ребенку, принципы организации в Волгоградской области. Основные задачи перинатального центра.
9. Правовое регулирование в области охраны материнства и детства в России.
10. Клинические рекомендации в неонатологии: правовое регулирование, требования к современным клиническим рекомендациям. Критерии оценки качества медицинской помощи.
11. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской помощи новорожденным. Эпидемиология и профилактика инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи в стационарах для новорожденных.
12. Преимущество в работе врача неонатолога и педиатра. Патронаж новорожденного. Роль врача неонатолога в формировании здорового образа жизни.
13. Взаимоотношения врача-неонатолога с родителями больного ребенка. Принципы консультирования. Взаимоотношения в медицинском коллективе.

14. Порядки оказания медицинской помощи в практике врача неонатолога. Оснащение родильного зала.
15. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Методы пренатальной диагностики заболеваний плода и новорожденного. Фетальная хирургия.
16. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Влияние лекарственных препаратов на плод. Перинатальная фармакология.
17. Периоды внутриутробного развития. Последствия действия патогенных факторов на разных сроках развития плода
18. Современные стратегии фетальной хирургии. Фето-фетальный трансфузионный синдром. Пренатальная терапия гемолитической болезни плода.
19. Физиологические роды. Биохимизм родов. Роль плода в нормальном течении родового акта. Современные методы наблюдения и оценки состояния плода в родах.
20. Принципы медико-генетического консультирования. Неонатальный скрининг: понятие, организация проведения, перспективы развития.
21. Оценка физического развития и морфо-функциональной зрелости новорожденного. Семиотика нарушений роста плода в соответствии с МКБ-10. Современные шкалы.
22. Фето-фетальный трансфузионный синдром, методы пренатальной диагностики и лечения, тактика ведения в постнатальном периоде.
23. Организация базового ухода и вскармливание новорожденных, находящихся на совместном пребывании.
24. Базовая помощь новорожденному: современные стратегии. Аудиологический скрининг.
25. Методы оценки постнатального роста недоношенных детей. Принципы энтерального вскармливания недоношенных.
26. Физиология лактации, семиотика нарушений, гипогалактия. Питание кормящей женщины. Поддержка грудного вскармливания новорожденного. Показания к назначению докорма.
27. Факторы, определяющие состояние здоровья новорожденных детей. Группы здоровья. Особенности диспансеризации детей первого года жизни.
28. Современные представления о лечебно-охранительном режиме у новорожденных с экстремально низкой массой тела. Теплосберегающие технологии.
29. Принципы развивающего ухода при выхаживании недоношенных детей. Методы обезболивания в неонатологии.
30. Организация вакцинопрофилактики новорожденных. Противопоказания, поствакцинальные реакции и осложнения.
31. Принципы катamnестического наблюдения недоношенных детей. Иммунопрофилактика и вакцинопрофилактика у недоношенных детей.

32. Гестационный возраст новорожденного, постконцептуальный и скорректированный возраст: способы расчета, клиническое и прогностическое значение.
33. Оценка гестационного возраста и физического развития при рождении, семиотика нарушений.
34. Оценка физического развития плода и новорожденного: методы, семиотика нарушений, клиническое значение. Оценка динамики постнатального развития недоношенных детей на основе стандартов роста Intregrowth'21.
35. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка. Особенности адаптации новорожденного.
36. Пограничные состояния новорожденного. Потеря первоначальной массы тела.
37. Оценка общего состояния и особенности осмотра недоношенного ребенка.
38. Интранатальная асфиксия, факторы риска, классификация, клиника, диагностика, стратегии церебропротекции, исходы.
39. Организация реанимационной помощи новорожденным: правовое регулирование. Требования к транспортировке новорожденных.
40. Алгоритм реанимации и стабилизации новорожденного гестационного возраста 33 недели и больше в родильном зале.
41. Алгоритм реанимации и стабилизации новорожденного гестационного возраста менее 33 недель в родильном зале.
42. Мекониальная аспирация, факторы риска, критерии постановки диагноза, неотложная терапия, тактика ведения с учетом клинических рекомендаций.
43. Терапевтическая гипотермия у новорожденных: показания, критерии назначения, методы мониторинга, протокол проведения.
44. Классификация перинатальных поражений ЦНС у новорожденных, методы диагностики, лечения и реабилитации.
45. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, патогенез, критерии диагностики, принципы лечения, прогноз.
46. Этиопатогенез, классификация, методы диагностики и лечения родовой травмы. Родовые травмы черепа.
47. Судороги новорожденных. Патогенез, этиология, клиника, методы диагностики. Амплитудно-интегрированная ЭЭГ.
48. Классификация, этиология, патогенез внутричерепных кровоизлияний нетравматического генеза у новорожденных. Методы диагностики, лечения и реабилитации.
49. Транзиторные состояния центральной нервной системы у новорожденных, семиотика заболеваний нервной системы.
50. Внутрижелудочковые кровоизлияния и постгеморрагическая гидроцефалия у недоношенных детей.

- 51.Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных, семиотика поражений. Острая дыхательная недостаточность.
- 52.Респираторный дистресс-синдром: этиопатогенез, критерии диагностики, методы интенсивной терапии, заместительная сурфактантная терапия.
- 53.Дыхательная недостаточность у новорожденных: этиология, патогенез, классификация, клиническая и лабораторная оценка.
- 54.Бронхолегочная дисплазия недоношенных детей: критерии диагностики, методы лечения, определение готовности к выписке, показания к домашней кислородотерапии, осложнения с учетом клинических рекомендаций.
- 55.Транзиторное тахипноэ новорожденных. Патогенез. Критерии диагностики. Рентгенологическая картина. Клиника. Тактика лечения
- 56.Врожденная пневмония, этиология, критерии диагностики, методы лечения, реабилитации с учетом клинических рекомендаций.
- 57.Клиника, диагностика и лечение гипербилирубинемии у новорожденных.
- 58.Прямая гипербилирубинемия у новорожденных. Клиника, классификация, тактика лечения и профилактики с позиций доказательной медицины.
- 59.Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.
- 60.Билирубиновая энцефалопатия (периоды, факторы риска, меры профилактики).
- 61.Ранняя анемия недоношенных детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
- 62.Постгеморрагическая анемия у новорожденных, этиопатогенез, диагностика, методы лечения.
- 63.Геморрагическая болезнь новорожденных, факторы риска, клинические формы, методы профилактики и лечения
- 64.Внутриутробные инфекции: определение, классификация, критерии диагностики, методы лечения и профилактики. Врожденная краснуха.
- 65.Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Клинические формы, методы диагностики, основные принципы профилактики и лечения, отдаленные исходы
- 66.Врожденная герпесвирусная инфекция: диагностика, варианты течения, методы профилактики и лечения. Герпетический менингоэнцефалит.
- 67.АФО кожи и подкожно-жировой клетчатки новорожденного. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки.
68. Приобретенные неинфекционные состояния и заболевания кожи у новорожденных. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Склерема.
- 69.Омфалит новорожденных: этиология, клинические формы, тактика ведения. Технология пересечения и обработки культ пуповины.

70. Особенности сепсиса у недоношенных детей. Принципы диагностики и лечения с позиций доказательной медицины.
71. Ранний неонатальный сепсис: этиология, стратегии профилактики, клиническая картина, методы терапии.
72. Адреногенитальный синдром, классификация, диагностика, методы лечения.
73. Клиника, диагностика и лечение острой надпочечниковой недостаточности.
74. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у новорожденных, семиотика поражений, транзиторные нарушения
75. Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения доношенного ребенка. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переходное кровообращение.
76. Семиотика заболеваний сердца и сосудов у новорожденных. Дилатационная кардиопатия. Суправентрикулярная тахикардия.
77. Врожденные пороки сердца: классификация, диагностика, лечение, профилактика. Коарктация аорты, критерии постановки диагноза, тактика врача неонатолога.
78. Функционально значимый открытый артериальный проток у новорожденных: критерии диагностики, ЭХО КГ признаки, современные стратегии терапии.
79. Полицитемия новорожденных, факторы риска, клинические варианты, критерии диагностики, методы лечения. Протокол частичной обменной трансфузии.
80. Особенности органов пищеварения у недоношенного новорожденного ребенка. Семиотика заболеваний.
81. Принципы парентерального питания новорожденных: показания, препараты, способы расчета, клинико-лабораторный контроль, критерии отмены.
82. Энтеральное питание недоношенных детей. Выбор субстрата кормления, расчеты объема кормления и потребностей в нутриентах. Критерии эффективности энтерального вскармливания.
83. Заболевания желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Синдром срыгивания и рвоты. Высокая кишечная непроходимость.
84. Некротизирующий энтероколит у новорожденных: этиопатогенез, профилактика, методы диагностики, лечения.
85. Клиника, диагностика и лечение острого повреждения почек у новорожденных. Заместительная почечная терапия, показания, методы проведения с учетом клинических рекомендаций.
86. Гипогликемия у новорожденных: факторы риска, критерии диагностики, этиология, алгоритм оказания помощи, осложнения, прогноз.
87. Ретинопатия недоношенных: этиопатогенез, критерии диагностики, методы лечения.

88. Галактоземия у новорожденных, патогенез, симптоматика, методы диагностики и лечения. Диетотерапия галактоземии.

89. Шок у новорожденных: классификация, методы диагностики, роль ЭХО КГ в тактике лечения шока с учетом клинических рекомендаций.

90. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у новорожденных, семиотика поражений. Врожденный гипотиреоз.

1. когнитивные нарушения у пожилых.

4.ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, ВЫНОСИМЫЕ НА III ЭТАП ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.18 «НЕОНАТОЛОГИЯ».

Задача №1.

Матери 25 лет, группа крови А(II) Rh отрицательная, первые роды, третья беременность. Первая беременность 4 года назад закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель, осложнений не было. Вторая беременность закончилась родами на 38 неделе. Ребенок здоров. Настоящая беременность протекала на фоне титра резусных антител 1:4 в третьем триместре. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды на сроке 39 недель 5 дней, самостоятельные; 1-й период – 6 часов 40 минут, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов, в родильном зале было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первичном осмотре выявлено увеличение размеров печени до +2 см и селезенки до +1,0 см. Билирубин пуповинной крови составил 118 мкмоль/л. НЬ периферической крови, определенный по cito, 130 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные исследования надо провести?
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного вследствие Rh-иммунизации. Врожденная желтушная форма. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза: течение беременности – наличие антител, данных клинического осмотра – желтушность кожных покровов при рождении, гепатоспленомегалия, данных лабораторных методов исследования – гипербилирубинемия, анемия.
2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.
3. Вследствие первичной сенсибилизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В

случае продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов плода, синтез антител переключается преимущественно на образование IgG. При последующих беременностях Rh – положительным плодом, идет одно временное образование IgM и G, с преобладанием вторых. Далее происходит образование иммунных комплексов АГ – АТ на поверхности эритроцитов, и в зависимости от вида антител IgM или IgG происходит либо их гемолиз или чаще блокада с нарушением их функции. В результате происходит разрушение эритроцитов плода, которое приводит к развитию анемии, нарушению функции внутренних органов и гипоксии.

4. Согласно клиническим рекомендациям ведения новорожденных с гемолитической болезнью новорожденных методом лечения в данном случае является проведение операции заменного переливания крови с последующим проведением фототерапии под контролем динамики показателей билирубина и гемоглобина крови.

5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия

Задача №2.

Матери 32 лет, беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды первые на сроке 40 недель гестации, вторичная слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период – 16 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 9 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. После рождения состояние ребенка удовлетворительное. Находился в палате совместного пребывания. На 3 день жизни при осмотре ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. На 4-е сутки ребенок переведен в стационар второго этапа для дальнейшего лечения с диагнозом: «Перинатальное поражение ЦНС. Парез Дюшена-Эрба». При поступлении состояние ребенка средней тяжести.

Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены.

Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. С ног рефлексы вызываются. Общий анализ крови: НЬ – 221 г/л, Эр – $6,5 \times 10^{12}/л$, Лейк – $8,2 \times 10^9 /л$, п/я – 6%, с – 56%, э – 1%, б – 1:, л – 30%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин: не прямой

– 98 мкмоль/л, прямой – 1,5 мкмоль/л, мочевины – 4,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования следует провести?
4. Консультации каких специалистов необходимы?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Парез левой руки типа Дюшена-Эрба? Остеомиелит?
2. Дифференциальный диагноз: перелом ключицы, перелом плечевой кости, эпифизиолиз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит.
3. Нейросонография, рентгенологическое исследование, СРБ, прокальцитонин, ОАК в динамике, биохимический анализ крови.
4. После проведения дополнительных методов обследования необходима консультация невропатолога, при диагностировании перелома, остеомиелита – хирурга-ортопеда.

Задача №3.

Новорожденный мальчик поступил из родильного дома на 4 день жизни с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения. Состояние после умеренной интранатальной асфиксии». Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 20 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 52 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 3-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, судорожная готовность, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. Начата антибактериальная терапия. При поступлении: состояние тяжелое, температура 37,8°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3×3 см, напряжен. Мышечный гипертонус, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД до 48 в минуту сердечные тоны приглушены, 148 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул переходный.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Объем дополнительных исследований?

3. Осмотр каких специалистов необходим?
4. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
5. Какие дополнительные данные анамнеза матери нужно получить?

Эталон ответа:

1. Менингоэнцефалит невыясненной этиологии.
2. Люмбальная пункция, бактериологическое, ПЦР и ИФА исследование ликвора, кровь на СРБ, прокальцитонин, ОАК, ОАМ, КОС, нейросонография, ЭКГ, ЭХО-КГ.
3. Невропатолог, инфекционист.
4. При выздоровлении – третья группа здоровья.
5. О перенесенных инфекционных заболеваниях во время беременности, в частности о герпес вирусной инфекции.

Задача №4.

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов, поступил из родильного дома на 5 день жизни. Беременность протекала с токсикозом в первом триместре беременности и гестозом в третьем триместре. В третьем триместре беременности перенесла пневмонию, в 36 недель обострение генитального герпеса. Роды на 38-й неделе, самостоятельные. 1-й период – 10 часов, 2-й – 20 минут, безводный промежуток – 4 часа, воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см, окружность головы – 34 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет перенесенной асфиксии. К груди приложен в родильном зале через 2 часа, сосал вяло. В течение первых суток жизни получал инфузионную терапию с целью коррекции гипогликемии. Со вторых суток находился в палате совместного пребывания. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 5-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: «Синдром срыгиваний». При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Признаки морфо-функциональной незрелости: лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен цианоз носогубного треугольника. Уровень билирубина по билитесту 220 мкмоль/л, Сатурация 98%. Пастозность стоп. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 140 в минуту. Кормится грудным молоком. После каждого кормления срыгивает молоком через рот, в объеме от 4 до 8 мл, без патологических примесей. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ – 184 г/л, Эр – $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,97, Лейк – $10,8 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 61%, л – 28%, м – 9%, СОЭ – 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 43 г/л, билирубин: непрямой – 165 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций – 1,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
3. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте питание новорожденному.

Эталон ответа:

1. Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегетовисцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.
2. У детей грудного возраста желудок расположен горизонтально, к рождению ребенка дно и кардиальный отдел желудка развиты недостаточно, а пилорический отдел – значительно лучше, чем объясняются частые срыгивания. Регуляция желудочно-кишечного тракта развита не 24 полностью, в результате чего ослаблена необходимая функциональная слаженность между различными частями пищеварительного тракта.
3. Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения дополнительных методов обследования.
4. Дифференциальный диагноз проводят с кардиоспазмом, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции, врожденными инфекциями.
5. После исключения хирургической патологии, если ребенок на искусственном вскармливании, то постепенно ребенка переводят на антирефлюксные смеси или на основе крахмала, или на основе камеди рожкового дерева. Рекомендуется увеличить число кормлений с уменьшением объема питания за одно кормление.

Задача №5.

Девочка 21 дней направлена в ОПН участковым педиатром с жалобами на срыгивания и рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы тела, желтушность кожи. Выписана из роддома на 3 день жизни (ранняя выписка). Беременность вторая, первый ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз – цирроз печени, энтероколит). Настоящая беременность протекала с токсикозом первой половины, отеками. Роды в срок, масса тела при рождении 3650 г, длина тела 54 см. На грудном вскармливании. В возрасте 5 суток жизни появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, которое волнообразно протекает до настоящего времени. С 17 дней жизни появились срыгивания, жидкий зеленый стул. При поступлении состояние тяжелое за счет интоксикации. На осмотр реакция снижена. Определены в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, прокрашены 3 зоны по Крамеру, отмечается цианоз носогубного треугольника. Пупочная

ранка эпителизирована. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 48 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные 142 в минуту. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами. Пастозность стоп. Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ – 100 г/л, Эр – $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9, ретикулоциты – 2%, Лейк – $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 26%, л – 60%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час. Кал на кишечную группу: трижды отрицательный. Анализ крови на внутриутробные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз – отрицательно. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 178 мкмоль/л, прямой – 44 мкмоль/л, непрямой – 134 мкмоль/л, общий белок – 50,1 г/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л. Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
5. Специалисты, которые осуществляют лечение и наблюдение?

Эталон ответа:

1. Галактоземия
2. Исследование галактозо-1-фосфата и ГФТ в эритроцитах. Моча и кровь на галактозу. Определение истинной глюкозы в крови по методу Самоджи-Нельсона.
3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.
4. Сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ.
5. Окулист, невролог, генетик, хирург.

Задача №6.

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне обострения хронического гастрита в третьем триместре беременности, угрозы прерывания во втором триместре беременности, первых самостоятельных родов на сроке 38 недель 4 дней. Масса тела ребенка при рождении 3350 грамм, рост 51 см. К груди приложен к концу первых суток жизни (у матери гипотоническое кровотечение). Выписан из родильного дома на 5 сутки жизни в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании. Мать предъявляет жалобы на беспокойство ребенка, которое усилилось в течение последних суток, покраснение и шелушение кожи в паху, на волосистой части головы, частый (до 8 раз) жидкий стул. Заболел ребенок со слов матери два дня назад, после перевода ребенка на смешанное вскармливание молочной смесью. При осмотре: общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела 36,7. Кожные покровы розовые, гиперемия и отрубевидное

шелушение в паховых складках кожи. В локтевых складках папулезные элементы. Орубевидное шелушение на волосистой части головы. Слизистые чистые. Грудь сосет достаточно активно. Дыхание проводится по всем полям, 42 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 148 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочится. Стула при осмотре не было.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Нуждается ли ребенок в госпитализации?
3. Имеются ли показания для проведения антибактериальной терапии?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Тактика вскармливания ребенка?

Эталонный ответ:

1. Себорейный дерматит, легкое течение.
2. Ребенок на момент осмотра не нуждается в стационарном лечении, госпитализации подлежат новорожденные с тяжелым течением себорейного дерматита.
3. Показаний для назначения антибактериальной терапии нет, так как себорейный дерматит не относится к инфекционным заболеваниям кожи.
4. С атопическим дерматитом, потницей, опрелостями, кандидозом.
5. Если ребенок находится на смешанном или искусственном вскармливании, назначаются молочные смеси на основе частично гидролизованного белка.

Задача №7.

При оценке состояния доношенного новорожденного ребенка в родильном зале состояние ребенка оценено как тяжелое, за счет перенесенной асфиксии. Из анамнеза: роды третьи срочные, первичная слабость родовой деятельности, индукция родов окситоцином. Беременность пятая, протекала на фоне обострения хронического пиелонефрита, в третьем триместре стационарное лечение по поводу гестоза. В женской консультации наблюдалась нерегулярно, УЗИ скрининг не прошла. Родился мальчик, с оценкой по Апгар 5/7 баллов, проведены реанимационные мероприятия, через 25 минут после рождения на самостоятельном дыхании переведен в ОРИТН. Через 40 минут после рождения нарастание дыхательной недостаточности, появилась асимметрия грудной клетки, при аускультации – сердце выслушивается по срединной линии, тоны приглушены, ЧСС 128 в минуту. Слева дыхание резко ослаблено, справа - проводится по всем полям, ЧД 66 в минуту, по Сильверман 5 баллов. По желудочному зонду - околоплодные воды в умеренном количестве. Живот «впалый», доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Меконий отходит. На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полостей:

над всей левой половиной грудной клетки определяются кольцевидные просветления овальной формы; резкое смещение сердца вправо.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Укажите, когда происходит формирование данного порока развития.
3. Укажите основные рентгенологические признаки, позволяющие верифицировать диагноз
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Сформулируйте принципы лечения ребенка.

Эталонный ответ:

1. Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа. Состояние после умеренной асфиксии
2. Формирование порока начинается на четвертой неделе эмбрионального развития, на этапе закладывания перепонки между брюшной полостью и полостью перикарда плода.
3. Рентгеноскопия и рентгенография выявляют просветления неправильной формы, напоминающие пчелиные соты, с локализацией на соответствующей стороне грудной клетки. В некоторых случаях рассматриваются так называемые “круглые тени”. Сердце в основном оказывается смещенным вправо. Диафрагмальный купол почти неразличим.
4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутричерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.
5. Интубация трахеи, ИВЛ стартовые параметры: PIP 20-22 (макс. 25) см вод ст; PEEP 5,0; VR – 40-50 (макс. 70); FiO₂ макс. 1,0; полное парентеральное питание, установка желудочного зонда, перевод ребенка в хирургическое отделение.

Задача №8.

Матери ребенка 17 лет, курит. Беременность первая, протекала на фоне угрозы прерывания в первом триместре и ОРВИ во втором. Ребенок родился на сроке гестации 37 недель. Роды оперативные. Оценка по Апгар 6/7 баллов. Вес – 3430 г, длина – 50см, окружность головы – 34 см. Состояние ребенка тяжелое, за счет перенесенной асфиксии. Крик слабый. Кожные покровы с цианотичным оттенком, периоральный цианоз. Дыхание типа гаспингс, на третьей минуте дыхание проводится по всем полям, в задних отделах ослабленное. Напряжение крыльев носа, пенистое отделяемое изо рта. Одышка до 68 в 1 мин. Ребёнок стонет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 160 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +2 см. Отходит меконий.

Вопросы:

1. Оцените тяжесть дыхательных нарушений у ребенка

2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования
4. Укажите патогенез дыхательной недостаточности
5. Принципы лечения новорожденного ребенка?

Эталонный ответ:

1. Оценка тяжести дыхательных нарушений по шкале Даунса 5 баллов, что соответствует дыхательным нарушениям средней степени.
2. Асфиксия умеренной степени. Транзиторное тахипноэ.
3. ОАК, КОС, газы крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭХО-КС, НСГ.
4. Легкие плода во внутриутробном периоде содержат до 100 мл фетальной жидкости. Резорбция фетальной жидкости завершается к окончанию 39 недели гестации. На этом сроке происходит перестройка функции лёгочного эпителия. При родоразрешении на сроке 37 недель фетальная жидкость может задерживаться в легких и вызывать развитие дыхательной недостаточности.
5. Перевод в отделение интенсивной терапии, респираторная поддержка (СДППД или ИВЛ), инфузионная терапия.

Задача №9.

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне гестоза, ожирения у женщины 39 лет. По УЗИ диагностировали многоводие. На сроке гестации 34 недели беременная перенесла острый гайморит. Ребенок 3060 грамм, рост 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Через 45 минут после рождения ребенка при попытке приложить ребенка к груди у ребенка отмечается тотальный цианоз. При повторном осмотре: у ребенка пенистое отделяемое изо рта, кожные покровы розовые, втяжение межреберий при дыхании, периоральный цианоз, SpO₂ – 90%. Дыхание проводится по всем полям, 62 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные 168 в минуту. Живот мягкий. Стула и мочи при осмотре не было.

Вопросы:

1. Опишите тактику неонатолога
2. Сформулируйте предварительный диагноз
3. Как осуществляется верификация диагноза?
4. Принципы лечения ребенка
5. Перечислите антенатальные признаки, позволяющие заподозрить заболевание при проведении УЗИ скрининга.

Эталон ответа:

1. Установить желудочный зонд, провести пробу Элефанта
2. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем
3. Верификация - после рентгенологического исследования
4. Установить желудочный зонд, обеспечить регулярную санацию содержимого, придать положение Фаулера (с приподнятым изголовьем)

на 45-60°), исключить масочной ИВЛ и СРАР, при наличии дыхательных нарушений – интубация и ИВЛ. Лечение ребенка хирургическое, перевод ребенка в специализированный стационар.

5. Антенатальными признаками атрезии пищевода является отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.

Задача №10.

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Матери 22 года. Первый триместр беременности протекал с токсикозом и ОРВИ, с 22 недели – бактериальный вагиноз, в третьем триместре на 36 неделе мать перенесла бронхит с температурой 38°C. Роды срочные на сроке гестации 38 недель. Безводный промежуток 10 часов, задние воды зеленые, с неприятным запахом. Масса тела 3400, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан домой в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании. На 6 сутки пуповинный остаток отпал самостоятельно. При осмотре на следующие сутки пупочная ранка под корочкой, наблюдается скудное серозное отделяемое. Температура 36,7°C. Сосет активно, самостоятельно. На 8-е сутки жизни появилась субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания. При клиническом обследовании со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не выявлено. Отмечается отек и гиперемия пупочного кольца, выбухание пупка и гнойное отделяемое из пупочной ранки. Ребенок осмотрен участковым педиатром и дано направление на стационарное лечение. В приемном отделении: ОАК: Нб - 167 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 240×10^9 /л, Лейк – $24,4 \times 10^9$ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие факторы риска привели к заболеванию?
3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии?
4. Опишите признаки интоксикации у ребенка?
5. К какой группе здоровья относится ребенок?

Эталонный ответ:

1. Омфалит
2. Неблагоприятное течение беременности на фоне ОРВИ и бронхита, бактериального вагиноза способствовало инфицированию плода. В родах отмечается безводный промежуток 10 часов, воды с запахом. Произошла реализация внутриутробного инфицирования в виде омфалита.
3. Лечение омфалита – назначение антибактериальной терапии.
4. К признакам интоксикации у данного ребенка относятся: субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания.

5. Ребенок после выздоровления, при отсутствии осложнений, относится ко второй группе здоровья

Задача №11.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом и анемией средней степени тяжести в первом триместре, гестозом в третьем триместре, первых преждевременных оперативных родов на фоне эклампсии и гипоксии плода, на сроке гестации 29 недель 4 дня. Был обнаружен истинный узел пуповины. Масса тела при рождении 1400 г, рост 40 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние ребенка после рождения было тяжелым, за счет перенесенной асфиксии, дыхательных нарушений, незрелости. После оказания реанимационных мероприятий - переведен в ОРИТН. Находился на назальном СРАР, вводился экзогенный сурфактант, получал парентеральное питание, энтеральное питание пре-смесью в объеме трофического с постепенным увеличением объема. На 10 сутки жизни, когда объем одного кормления достиг 12 мл, появилось застойное отделяемое с зеленью по желудочному зонду в объеме 1/2 кормления, вздутие живота, примесь зелени и слизи в стуле (отхождение стула после стимуляции, самостоятельного стула не было в течение суток). В общем анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин – 167 г/л, лейкоциты – $25,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 24%, моноциты – 12%, эозинофилы – 2, тромбоциты – $170,0 \times 10^9$ /л. СОЭ 5 мм/час. На 10 сутки жизни гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – $27,9 \times 10^9$ /л, нейтрофилы сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 20%, моноциты – 10%, эозинофилы – 2, тромбоциты – 110×10^9 /л. СОЭ 7 мм/час В биохимическом анализе крови на 10 сутки жизни глюкоза – 6,6 ммоль/л, общий белок 41 г/л, креатинин 100 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, АСТ 76, АЛТ 201 Ед/л, общий билирубин 105 мкмоль /л, прямой – 12 мкмоль/л, Na 122 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л. КОС на 10 сутки жизни: pH - 7,28, pO₂ - 72 мм рт.ст., pCO₂ - 36 мм рт.ст., BE = - 5,8. На УЗИ органов брюшной полости на 10 сутки жизни – газ в системе воротной вены отсутствует.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Каким состоянием осложнилось течение основного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику и какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Патогенез нарушений ЖКТ?
5. Принципы нутритивной поддержки в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных средней степени тяжести, ателектазы легких. Недоношенность, срок гестации 29 недель.
2. Некротизирующий энтероколит.

3. Кишечная непроходимость, пневмония, поздний неонатальный сепсис. Для проведения дифференциального диагноза необходимо рентгенологическое исследование, СРБ и прокальцитонин, посев крови.
4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)
5. Прекращение энтерального вскармливания и полное парентеральное питание

Задача №12.

Акушерский диагноз: «Роды вторые, запоздалые на сроке 42 недели. В родах – упорная слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода. Кесарево сечение». Околоплодные воды – густые мекониальные. Родился ребенок, мальчик вес 4200 гр, длина 57 см, с признаками переносимости. При рождении крика и дыхания нет, пульсация пуповины есть. Кожные покровы бледные, оболочки прокрашены меконием. Начаты реанимационные мероприятия. Через 1 минуту после рождения оценка по Апгар 4 балла (сердцебиение больше 100 в мин, дыхание типа гаспинг, гримаса в ответ на санацию). Кожные покровы цианотичные на бледном фоне. Через 5 минут оценка по Апгар 6 баллов, SpO₂ – 82%. Дыхание стонущее, проводится по всем полям, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры, втяжение нижней апертуры и межреберий, множественные разнокалиберные хрипы по всем полям, ЧД 68 в минуту. Тоны сердца ритмичные, 136 в минуту. Проводится ИВЛ. Кожные покровы розовые, акроцианоз. Дыхание аппаратное, проводится по всем полям, разнокалиберные хрипы по всем полям, ЧД 50 в минуту. По интубационной трубке санируются мекониальные околоплодные воды. Тоны сердца ритмичные, 138 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см. Отходит меконий.

Вопросы:

1. Продемонстрируйте этапы первичных реанимационных мероприятий.
2. Обоснуйте показания или противопоказания для интубации трахеи сразу после рождения в родильном зале
3. Оцените степень дыхательных нарушений.
4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
5. Обоснуйте необходимость проведения ИВЛ через интубационную трубку.

Эталонный ответ:

1. Начальные действия (30 сек): Пересечение пуповины и перенос ребенка на столик под источник лучистого тепла. Обтирание, удаление пеленок. Подключение датчика пульсоксиметра предуктально. Необходимо избегать гипоксемии и гиперкапнии, поддерживая

- сатурацию гемоглобина кислородом (SpO₂) более 95%. Следует помнить, что доказательства эффективности применения СРАР у новорождённых с САМ отсутствуют. Кроме того, СРАР при САМ может увеличивать риск развития пневмоторакса. При проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;
2. Не рекомендуется рутинная интубация и санация трахеи через интубационную трубку, если на момент рождения у новорожденного ЧСС более 100 ударов в минуту, спонтанное дыхание эффективное, хороший мышечный тонус.
 3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.
 4. Асфиксия средней тяжести. Синдром мекониальной аспирации, ДН II-III ст.
 5. Решение вопроса об аппаратной ИВЛ по показателям КОС и/или степени выраженности дыхательной недостаточности: оценка по шкале Доунса более 6 баллов, рСО₂ более 60 мм ртст

Задача №13.

Новорожденная девочка 7 дней, от третьей беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 1-й половине, вторых срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родильном зале. Выписана на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3050 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, из сосков выделяется бело-молочная жидкость; пуповинный остаток мумифицируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает изпод края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи. Общий анализ крови: НЬ – 186 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты – $16,4 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 45, э – 1%, л – 45%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. С чем связано изменение характера стула?
5. Оцените результаты общего анализа крови.

Эталон ответа:

1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.
2. Ребенок должен восстановить первоначальную массу тела к 12-14 дню жизни.
3. Нагрубание молочных желез – состояние, появляющееся у 2/3 новорожденных детей, связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается. Консультация хирурга необходима при подозрении на развитие мастита
4. Изменение частоты и характера стула связано с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника. Происходит заселение кишечника транзиторной микрофлорой и переход на лактотрофный тип питания (бифидумфактор женского молока), в норме он продолжается в течение первой-второй недели жизни. Экстренной коррекции не требует.
5. В ОАК возрастная норма

Задача №14.

Новорожденная девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине, первых срочных родов на сроке гестации 40 недель. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 30 минут после рождения, сосала хорошо. На 2-е сутки появилась иктеричность кожных покровов. Уровень билирубина по билитесту 170 мкмоль/л. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, иктеричные (3 зона по Крамеру), пуповинный остаток мумифицируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус не изменен. Стул переходный. Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная. Группа крови матери 0(I) Rh-положительная. Общий анализ крови: НЬ – 196 г/л, Эр – $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 1,5%, Ц.п. – 0,94, Лейк — $9,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с – 42%, э – 1%, л – 47%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, АЛТ – 25 ммоль/л, АСТ – 88 ммоль/л

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?

3. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
4. Что такое ядерная желтуха?
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?

Эталон ответа:

1. DS: Неонатальная желтуха.
2. Гипербилирубинемия.
3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по АВО системе.
4. Билирубиновая энцефалопатия развивается при высоких цифрах непрямого билирубина. Средними показателями билирубина, при которых развивается ядерная желтуха считаются 340 мкмоль/л у доношенных и 170 мкмоль/л у недоношенных. Однако эти цифры могут варьировать. Для клиники ядерной желтухи характерно: спастичность, ригидность затылочных мышц, вынужденное положение тела с опистотонусом, периодическое возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подергивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходящее солнце, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.
5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.

Задача №15.

Доношенный мальчик родился 4 дня назад. Матери 32 года, беременность и роды вторые, в женской консультации на учете не состояла. Группа крови матери 0(I) Rh-отрицательная. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, Поступила в родильный дом во втором периоде родов. Роды в приемном отделении. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу, крик громкий. Общее состояние удовлетворительное. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи. Уровень билирубина 125 мкмоль/л. Уровень гемоглобина 160 г/л. Проводилась интенсивная фототерапия. Через 4 часа уровень билирубина 167 мкмоль/л. Сосет активно. Дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, 138 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отходит меконий. Общий анализ крови: НЬ – 160 г/л, Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 6%, Лейк – $12,0 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с – 49%, э – 1%, л – 36%, м -8%, СОЭ – 2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная. Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?

3. Какие осложнения могут возникнуть при проведении заменного переливания крови?
4. Тактика ведения ребенка. Назначьте лечение.
5. Схема вакцинации ребенка на первом году жизни?

Эталон ответа:

1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.
3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.
4. Проведение заменного переливания крови и фототерапии под контролем уровня билирубина через 12 часов после заменного переливания крови и далее каждые 24 часа. Увеличение количества жидкости на 20% от физиологической потребности.
5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.

Задача №16.

Мальчик Д., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «Геморрагическая болезнь новорожденного. Кишечное кровотечение». Матери 38 лет, беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 10-12, 24-26, 32-34 недели, стационарное лечение. Получала препарат «клексан». Роды на 38-й неделе. 1-й период – 15 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 4 часа. Задние воды с кровью. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью «кофейной гущи». Проба Апта отрицательная. На 4 день мелена, однократно рвота с примесью «кофейной гущи». При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледно-субиктеричные. По желудочному зонду отделяемого нет. В легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе – ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Общий анализ крови: НЬ – 160 г/л, Эр – $4,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 310×10^9 /л, Лейк – $15,9 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 51%, л – 38%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час. Время кровотечения по Дюке – 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7 минут. Коагулограмма: каолиновое время – 100" (норма – 40-60"), АЧТВ – 90" (норма – 40-60"), протромбиновое

время по Квику – 26" (норма – 12-15"), тромбиновое время – 30" (норма — 28- 32"), протромбиновый индекс – 25%. Биохимический анализ крови: общий белок – 48,4 г/л, билирубин: непрямой – 196 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 150 ммоль/л, АСТ – 98 ед., АЛТ – 42 ед.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Как верифицируется диагноз «геморрагическая болезнь»? Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
4. Назначьте лечение.
5. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.
2. Диагноз «геморрагическая болезнь новорожденного» верифицируется на основании наличия факторов риска, геморрагического синдрома и данных лабораторных методов исследования. В данном случае развитие геморрагической болезни может быть вызвано течением беременности (прием препарата клексан), течение раннего неонатального периода (смешанное вскармливание).
3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне проводимой адекватной терапии.
4. Лечение витамин К (викасол) в/м и СЗП в/в. Симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний.
5. Вакцинация (против гепатита В и туберкулеза) детям с геморрагической болезнью в периоде новорожденности не рекомендуется. Новорожденные, перенесшие геморрагическую болезнь новорожденных, подлежат стандартной диспансеризации на амбулаторном этапе.

Задача №17.

Новорожденная девочка 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Матери 24 лет, в анамнезе генитальный герпес. Беременность первая, протекала с обострением герпеса на 36-37 неделях гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, диастаз сагиттального шва на 0,4 см, большой родничок 2×2 см, малый – 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести переведена в стационар. На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной крышкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня

состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,8°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги. Общий анализ крови на 6-й день жизни: НЬ – 172 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,94, тромб – $190,0 \times 10^9$ /л, Лейк – $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2 мм/час. На 13 день жизни: НЬ — 162 г/л, Эр – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Тромб – 130×10^9 /л, Лейк – $17,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 27%, л – 59%, м – 10%, СОЭ – 8 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 40,0 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, непрямой – 268 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, АСТ 169 Ед/л. Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность – мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панди – ++++, цитоз – 350 в 3 мкл: нейтрофилы – 25%, лимфоциты – 75%.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

1. Врожденная герпесвирусная инфекция, герпетический менингоэнцефалит.
2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.
3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.
4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз
5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.

Задача №18.

Мальчик, 4 сутки жизни, от матери 34 лет. Беременность вторая (первая – выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлен гестационный сахарный диабет, компенсировался диетой, в третьем триместре преэклампсия. Роды преждевременные на 36-й неделе, слабость родовой деятельности, индукция окситоцином. 1-й период – 13 часов, 2-й – 1 час, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см, окружность головы – 37,5 см, грудной клетки – 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи,

избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Пастозность мягких тканей. В легких дыхание проводится по всем полям, жестковатое, хрипов нет, частота дыхания 50 в мин. Сердечные тоны приглушены, 148 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. Уровень глюкозы крови после рождения – 1,4 ммоль/л. В первые сутки жизни – уровень гемоглобина крови - 254 г/л, эритроциты – $6,7 \times 10^{12}/л$, гематокрит 68%. Общий анализ крови на 3-и сутки: НЬ – 222 г/л, Эр – $6,6 \times 10^{12}/л$, Лейк – $10,2 \times 10^9 /л$, п/я – 3%, с – 56%, э – 1%, л – 33%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час. Глюкоза крови: через час после рождения – 2,0 ммоль/л, в возрасте 3 дней – 2,9 ммоль/л (на фоне инфузионной терапии). Биохимический анализ крови: общий белок – 51,0 г/л, билирубин: непрямой – 270 мкмоль/л, прямой – 2,8 мкмоль/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Оцените динамику уровня глюкозы крови у новорожденного?
3. Какие изменения можно выявить при проведении ЭхоКГ и ЭКГ-исследовании ребенка?
4. Какие осложнения возможны в течении этого заболевания?
5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.
2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.
3. При проведении ЭХО-КГ и ЭКГ возможно выявление различных вариантов врожденных пороков сердца, а также ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.
4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.
5. Тактика лечения данного ребенка – посиндромная терапия выявленных нарушений. Коррекция гипогликемии осуществляется при уровне глюкозы крови менее 2,6 ммоль/л. В периферические вены возможно введение раствора глюкозы концентрацией не более 12,5%. При гипокальциемии коррекция введением 10% глюконата кальция. Не прекращается естественное вскармливание.

Задача №19.

Матери 21 год. Настоящая беременность первая, многоплодная, монохориальная двойня, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 35-й неделе гестации, двойней. 1-й период родов – 8 часов 15 минут, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина – 42 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов; второго – 2300 г, 46 см и 6/7 баллов соответственно. При первичном осмотре у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. Дыхание проводится по всем полям, ослабленное в задних отделах, единичные крепитирующие хрипы, ЧД до 68 в минуту. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Оценка по Сильверман 3-4 балла. Тоны сердца ритмичные, приглушены 128 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Признаки недоношенности. У второго ребенка кожные покровы эритематозные, акроцианоз, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы – умеренный синдром угнетения. Дыхание проводится по всем полям, тахипноэ до 70 в минуту. Втяжение нижней апертуры грудной клетки при дыхании. Сильверман 2 балла. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 142 в минуту. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нt – 38%; у 2-го ребенка НЬ 263 г/л, Нt – 78%.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка
3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка
4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?

Эталон ответа:

1. Фето-фетальная трансфузия
2. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето-фетальной трансфузии. Анемия. Недоношенность (срок гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Первый ребенок из двойни.
3. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето-фетальной трансфузии. Полицитемия. Недоношенность (срок гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Второй ребенок из двойни.
4. Тактика мероприятий в отношении первого ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), переливание компонентов крови (эритроцитарной массы).
5. Тактика мероприятий в отношении второго ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.

5. Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.

Задача №20.

Новорожденная девочка 3 суток жизни, от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания и анемией в третьем триместре беременности, вторых преждевременных родов на сроке гестации 30 недель. Масса тела при рождении 1670 г, рост 40 см, оценка по Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка при рождении было расценено как средне-тяжелое, за счет незрелости. Ребенок получал инфузионную терапию в палате интенсивной терапии, в первые сутки жизни был кислородзависимый, кормился через зонд, питание усваивал. При осмотре на третий день жизни выявлено ухудшение состояния за счет явлений интоксикации. Ребенок вялый, неактивный. срыгнул с примесью желчи. При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Дыхание аритмичное – чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стула при осмотре нет. В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1×1 см, не напряжен. Общий анализ крови по cito!: НЬ – 150 г/л, Лейкоциты – $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты – 6%, метамиелоциты – 6%, п/я – 17%, с – 50%, л – 17%, м – 4%, СОЭ – 30 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 36,2 мм рт.ст., рСО₂ – 44,6 мм рт.ст., рН – 7,33, ВЕ = – 10,2 ммоль/л. Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, глюкоза – 6,5 ммоль/л, калий – 4,28 ммоль/л, натрий – 132,1 ммоль/л, кальций – 0,73 ммоль/л (ионизированный). Общий анализ мочи: реакция кислая, белок – 0,66‰, лейкоц. – сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному ребенку? Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?
3. Показана ли ребенку люмбальная пункция?
4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.
5. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?

Эталон ответа:

1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)
2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.
3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза

4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.

5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.

Задача №21.

Матери 22 года, здорова. Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/ 70 мм.рт.ст. В сроке 32 недель отмечена анемия тяжелой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 6 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета. Ребенок на грудном вскармливании.

Вопросы:

1. Какие транзиторные состояния выявлены у новорожденного?
2. Нужна ли коррекция питания?
3. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?
4. Нужны ли дополнительные методы обследования?
5. Существует ли риск развития анемии у новорожденного?

Эталонный ответ:

1. Токсическая эритема, мочекишный инфаркт
2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет.
3. Профилактические прививки проводятся в декретированные сроки, противопоказаний нет.
4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.
5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери

Задача №22.

Новорожденный мальчик, родился от пятой беременности, четвертых срочных родов. Мать на учете в женской консультации не состояла, не обследовалась. Поступила в конце первого периода родов. Родился ребенок, массой 2200 грамм, ростом 48 см, оценка по Апгар 5/7 баллов. Задние воды мекониальные. Оказаны реанимационные мероприятия. При санации трахеи – меконий в количестве 4 мл. Состояние ребенка при переводе из родильного зала оценено как тяжелое, за счет перенесенной асфиксии, дыхательных нарушений. Кожные покровы сухие, с шелушением, смазки нет. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно.

Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, проводится по всем полям, разнокалиберные хрипы, ЧД до 64 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены 128 в минуту. Живот гипотоничный, увеличен в объеме. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Не мочился. Переведен в ОРИТН, начата интенсивная терапия. В течение первых суток жизни диурез составил 0,5 мл/кг/час. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести данному ребенку?
3. Есть ли показания для проведения антибактериальной терапии?
4. С чем связаны дыхательные нарушения у данного ребенка?
5. Оцените весо-ростовые показатели ребенка.

Эталон ответа:

1. Асфиксия умеренной степени. Синдром аспирации меконием. Маловесный к гестационному возрасту.
2. Ребенку необходимо провести следующие исследования: ОАК, ОАМ, НСГ, УЗИ брюшной полости, биохимический анализ крови, СРБ.
3. Учитывая высокий риск реализации внутриутробного инфицирования (пневмония) ребенку рекомендуется начать антибактериальную терапию.
4. Дыхательные нарушения связаны с аспирацией мекониальными водами и/или развитием пневмонии.
5. Согласно центильным таблицам, масса ребенка находится в коридоре ниже 10 центиля, рост выше 50 центиля

Задача №23.

Ребенок от первой беременности, ЭКО, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, первых срочных родов, с оценкой по Апгар 8/8 баллов, приложен к груди в родильном зале, активный сосательный рефлекс. Переведен в палату совместного пребывания. К концу вторых суток жизни мать обращается с жалобами на вялость ребенка и отказ от груди в течение 4 последних часов. При осмотре: Ребенок вялый, неактивный. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы цианотичные, кисти и стопы холодные. Легкое втяжение нижней апертуры грудной клетки. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, ЧСС 158 в минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Сатурация 88%.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза
3. Тактика ведения ребенка
4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка
5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?

Эталон ответа:

1. Дуктусзависимый врожденный порок сердца (ТМА?)

2. Для верификации диагноза необходимо провести ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование. Для исключения патологии надпочечников – УЗИ надпочечников, биохимический анализ крови, КОС, газы крови.
3. Перевод ребенка в отделение реанимации или интенсивной терапии, титрование простагландинов E, перевод в отделение кардиохирургии.
4. Закрытие открытого артериального протока при отсутствии ДМЖП или ДМПП вызывает нарастание сердечной недостаточности.
5. Транспозиция магистральных артерий является пороком сердца, который должен диагностироваться внутриутробно. Однако выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.

Задача №24.

Ребенок в возрасте 21 дня поступил в стационар с диагнозом «Конъюгационная желтуха». Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с ОРВИ в первом триместре и бессимптомной бактериурией в третьем триместре, первых срочных быстрых родов. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Масса ребенка 3360 грамм, рост 53 см. Выписан из родильного дома с массой 3300 грамм на пятый день жизни, в удовлетворительном состоянии. Уровень билирубина по билитесту при выписке составил 190 мкмоль/л. После выписки из родильного дома ребенок находился на грудном вскармливании. Со слов матери, примерно 1-2 раза в сутки ребенок срыгивал створоженным молоком. Стул желтого цвета 3-4 раза в сутки. Желтуха нарастает с 15 дня жизни. Уровень билирубина по билитесту в день осмотра - 280 мкмоль/л. Масса тела ребенка 3400 грамм. При поступлении в стационар состояние ребенка средней степени тяжести, за счет интоксикации, на осмотр реагирует несколько вяло. Кожные покровы иктеричные, чистые. Тургор тканей умеренно снижен, подкожный жировой слой выражен недостаточно. В лёгких дыхание проводится над всеми полями, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 138 в минуту. Живот доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий, безболезненный. Патологических образований и симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена (правая доля +2,5-3 см от края рёберной дуги), край её ровный, умеренно уплотнен. Селезёнка увеличена (+1 см от края рёберной дуги), подвижная, незначительно уплотнена. Почки не пальпируются. ОАК Нв – 110 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, л. – $6,7 \times 10^9 /л$, п/я – 1%, с/я – 69%, э. – 2%, мон. – 11%, лимф. – 17%, СОЭ – 12 мм/час. Биохимический анализ крови: билирубин общий 198 мкмоль/л, прямой билирубин – 124 мкмоль/л, непрямой – 74 мкмоль/л, АсАТ – 1,15 ед., АлАТ – 1,94 ед., щелочная фосфатаза – 280 ед./л (норма до 70-140 ед./л).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы могли стать причиной данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений возможно в данном случае?
4. Консультация каких специалистов необходима для верификации диагноза?

5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для проведения дифференциальной диагностики?

Эталонный ответ:

1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.
2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.
3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии, поражение ЦНС.
4. Хирург, инфекционист.
5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.

Задача №25.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом в третьем триместре беременности на фоне ожирения второй степени. Роды первые, запоздалые на сроке гестации 41 неделя. Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Ребенок родился с массой тела 4500 г, длина тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Состояние ребенка при первичном осмотре удовлетворительное, переведен в палату совместного пребывания. На третий день жизни на осмотре состояние с отрицательной динамикой. При осмотре в отделении новорожденных – состояние средней тяжести. Мышечный тонус снижен в левой руке. Безусловные рефлексы с левой руки ослаблены. При пальпации ключиц слева определяется припухлость, крепитация. Левое надплечье короче правого. Левую руку щадит.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
3. Можно ли проводить профилактические прививки?
4. Нуждается ли ребенок в дополнительных консультациях специалистов?
5. Показан ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

Эталонный ответ:

1. Перелом ключицы слева
2. Иммобилизация конечности, обезболивание
3. Вакцинация по календарю профилактических прививок
4. При наличии осложненного перелома – консультация ортопеда
5. При наличии осложненного перелома по рекомендации ортопеда или при развитии осложнений показан перевод в ОПН

Задача №26.

Ребенок, от второй беременности, первых родов при сроке 38 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20-24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Оценка по Апгар 8/8 б. В первые сутки жизни у ребенка была диагностирована гипогликемия (уровень глюкозы крови 2,0 ммоль/л), в связи с чем проводилась инфузионная терапия. Кормился через соску, сосал активно. Через 3 часа после рождения отошел меконий. В конце первых суток жизни у ребенка на фоне беспокойства отмечается срыгивание содержимым желудка, без патологических примесей. В возрасте 28 часов состояние ребенка тяжелое, срыгивает в объеме 5 мл, с примесью желчи. Выражены беспокойство, мышечная дистония, рефлексy оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования показаны для верификации диагноза?
4. Тактика неонатолога
5. Принципы лечения?

Эталон ответа:

1. Непроходимость двенадцатиперстной кишки (Врожденная высокая кишечная непроходимость).
2. Дифференциальную диагностику проводят с другими видами кишечной непроходимости, функциональными нарушениями ЖКТ.
3. ОАК, КОС, рентгенография брюшной полости в вертикальном положении, иригография
4. Установить зонд в желудок, прекратить кормление, полное парентеральное питание, перевод в хирургический стационар
5. Лечение хирургическое, объем вмешательства определяется индивидуально.

Задача №27.

Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортом, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между

второй и настоящей беременностью три года. Матери 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре. Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут. Безводный период 2 часа. После рождения состояние ребенка расценено как удовлетворительное, приложен к груди. Находился в палате совместного пребывания. Выписан на пятый день жизни. На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8°. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре в приемном покое возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, пузыри овальной и округлой формы, наполненные прозрачным желтоватым содержимым с венчиком гиперемии вокруг размером 5-10 мм. Симптом Никольского положительный. На месте одного пузыря – эрозивная поверхность с остатками эпидермиса. Температура тела 38°C. В анализе крови Hb 160 г/л, эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, СОЭ 15 мм в час, лейкоциты $28 \times 10^9 /л$, п – 5%, с – 49%, э – 1%, л – 40%, м – 5%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Этиология заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Тактика лечения ребенка
5. Прогноз?

Эталонный ответ:

1. Пузырчатка новорожденных.
2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки.
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.
4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.
5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный

Задача №28.

Новорожденный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания в первом триместре, обострения хронического пиелонефрита в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 7/7 б. Масса тела 3200 г., длина 51 см. Выписан домой на 5 день жизни в удовлетворительном состоянии. В возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления, единичные прожилки крови. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка стали реже. Ребёнок был направлен на госпитализацию в отделение

патологии новорождённых в возрасте 24 дней жизни с диагнозом «Пилороспазм». При поступлении состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаки дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожножировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормится грудью матери дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном». Лабораторные показатели в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Причины развития заболевания у ребенка?
3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра
4. Дифференциальная диагностика?
5. Принципы лечения

Эталон ответа:

1. Пилоростеноз
2. Заболевание чаще развивается у мальчиков, считается, что предрасполагают к развитию заболевания неблагоприятное течение беременности, такие как – болезни эндокринной системы у матери, вирусные заболевания в первом триместре беременности, наследственная предрасположенность.
3. С диагнозом «пилороспазм» ребенок был направлен в ОПН для лечения. Согласно данным анамнеза и клинического осмотра в данном случае диагноз должен быть выставлен «пилоростеноз» и ребенок направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.
4. Пилороспазм дифференцируют с пилоростенозом: пилороспазм манифестирует в первые дни болезни, а пилоростеноз на 2–3 неделе жизни. Для пилоростеноза характерна перистальтика желудка в виде «песочных часов». При пилоростенозе можно пропальпировать привратник. При пилороспазме при рентгеноконтрастном исследовании проходимость не нарушена, а для пилоростеноза характерна задержка контраста в желудке до 24–72 ч. При пилоростенозе привратник закрыт длительно, при рентгенографии виден суженный пилорический канал. При пилороспазме привратник закрыт 15–20 мин, после открытия контрастная масса большими порциями переходит в двенадцатиперстную кишку; суженный пилорический канал виден редко.
5. Лечение заболевания только хирургическое. Если ребенок поступает в состоянии дегидратации, проводится инфузионная терапия с целью восполнения, назначается парентеральное питание. После оперативного вмешательства – период реабилитации.

Задача №29.

Дежурного врача неонатолога в 24:15 срочно вызывают в палату совместного пребывания, где мать сообщает, что ребенок посинел, кратковременно перестал дышать на фоне срыгивания. Объективно: ребенок возбужден, крик болезненный, кожные покровы розовые, акроцианоз, сатурация 96%. Голову при осмотре тянет назад, большой родничок на уровне костей свода черепа. Дыхание самостоятельное, легкое втяжение нижней апертуры, проводится по всем полям, непостоянные крепитирующие хрипы, ЧД 58 в минуту. Тоны сердца ритмичные, чуть приглушены, 158 в минуту. Живот доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Отходит переходный стул. При санации ротоглотки – створоженное молоко без примеси желчи. Из анамнеза: ребенок недоношенный, родился на сроке 36 недель, с массой тела 2900 гр, длиной 48 см. Оценка по Апгар 8/8баллов. Ребенок на грудном вскармливании, мать отмечает прилив молока. Сегодня 5 день жизни, период адаптации протекал без особенностей.

Вопросы:

1. Чем может быть вызвано ухудшение состояния ребенка?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести в данном случае?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Обоснуйте необходимость назначения антибактериальной терапии
5. Составьте план ведения ребенка.

Эталонный ответ:

1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.
2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с перинатальным поражением ЦНС, судорожным синдромом, пневмонией, врожденной инфекцией, метаболическими нарушениями.
4. При подтверждении диагноза пневмонии необходимо проводить антибактериальную терапию.
5. Ребенок нуждается в переводе в палату интенсивной терапии. В плане лечения антибактериальная терапия, оксигенотерапия (по показаниям), симптоматическая инфузионная терапия.

Задача №30.

Девочка 4000 г родилась в умеренной асфиксии. Околоплодные воды мутные, с запахом. После оказания реанимационных мероприятий и перевода в ПИТ состояние тяжелое, цианоз, исчезающий при даче 40% O₂, одышка 70 в минуту, легкое втяжение межреберий при дыхании, притупление перкуторного звука в задне-нижних отделах легких, ослабленное дыхание, влажные хрипы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Проведите оценку выраженности дыхательной недостаточности по шкале Downes.
4. Каков объем мониторинга?
5. Плановая терапия.

Эталон ответа:

1. Врожденная пневмония.
2. Общий анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, биохимический анализ крови (в том числе – СРБ, прокальцитонин), анализ крови на КОС и электролиты
3. Оценка по шкале Downes 4 балла
4. Мониторинг SpO₂, ЧД, ЧСС, АД, контроль показателей КОС в динамике, контроль диуреза.
5. Антибактериальная терапия, инфузионная терапия, кормление сцеженным грудным молоком или адаптированной гипоаллергенной смесью; при нарастании дыхательной недостаточности – решение вопроса о необходимости ИВЛ.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:30 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C