

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО


Н.И.Свиридова

« 27 » _____ 2024г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

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

Для обучающихся 2023,2024 года поступления

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

Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Форма обучения – очная

Волгоград, 2024

Разработчики:

№	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 проведения промежуточной аттестации по дисциплине 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 _____ И.Н.Шишиморов

Рецензент: 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

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

Председатель УМК _____ М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики _____ М.Л.Наumenко

Актуализация утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «27» 06 2024 г.

Секретарь
Ученого совета _____ М.В.Кабытова

Перечень универсальных и общепрофессиональных, профессиональных компетенции выпускников и индикаторы их достижения

Планируемые результаты освоения образовательной программы (компетентностная модель выпускника)			
Виды компетенции	Название компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции (ИУК)	
		ИУК – 1 Знать	ИУК- 2 Уметь
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p align="center">- основные понятия, используемые в дисциплине;</p> <p align="center">- основные принципы организации трехуровневой системе оказания медицинской помощи матери и ребенку в РФ;</p> <p align="center">- научные идеи и тенденции развития неонатологии на современном этапе</p>	<p align="center">- критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p align="center">- избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p align="center">- управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p> <p align="center">- использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.</p>

<p>УК-2</p>	<p>Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им</p>	<ul style="list-style-type: none"> - знать методы научно-исследовательской деятельности; - основные источники и методы поиска научной информации; - специфику нормативно-правовых актов, регламентирующих проведение научных исследований и представление их результатов; - особенности проведения конкурсов российскими и международными научными фондами, кампаниями, государственными и частными организациями; - требования к оформлению конкурсной документации - методы и 	<ul style="list-style-type: none"> - ставить цели для выполнения исследовательской деятельности; - разрабатывать порученные разделы исследования, следуя выбранным методологическим подходам и методическим требованиям; - предоставлять разработанные материалы; - определять актуальные направления исследовательской деятельности с учетом тенденций развития медицинской науки и практики; - осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных
-------------	--	---	--

		<p>формы ведения научной дискуссии;</p> <p>– основы эффективного научно-профессионального общения;</p> <p>– законы риторики и требования к публичному выступлению.</p>	<p>исследовательских коллективах;</p> <p>– предлагать и продвигать разработанные рекомендации по результатам исследования в практику;</p> <p>– оценивать последствия и нести ответственность за принятие решений.</p>
УК-3	<p>Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>- основные понятия, используемые в дисциплине;</p> <p>- основные принципы организации Российской трехуровневой системе оказания медицинской помощи матери и ребенку;</p> <p>- научные идеи и тенденции развития неонатологии и перинатологии</p>	<p>- критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника;</p> <p>- избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач;</p> <p>- управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;</p>

			- использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	<p>- Принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами;</p> <p>- Требования составления деловой документации в соответствии с нормами русского языка;</p> <p>- Знать терминологические единицы и номенклатурные наименования греко-латинского происхождения на русском и латинском языках для академического и</p>	<p>- Устанавливать и развивать профессиональные контакты в соответствии с потребностями совместной деятельности, включая обмен информацией и выработку единой стратегии взаимодействия;</p> <p>- Составлять в соответствии с нормами русского языка деловую документацию различного направления (рефераты, эссе, обзоры, статьи и т.д.), в том числе на иностранном языке;</p> <p>- Выбирать стиль делового общения на</p>

		<p>профессионального взаимодействия;</p>	<p>государственном языке в зависимости от цели и условий партнерства; адаптирует речь, стиль общения и язык жестов к ситуациям взаимодействия;</p>
УК-5	<p>Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>	<ul style="list-style-type: none"> – принципы профессионального и личностного развития; – способы самооценки своей деятельности с учетом целей и задач организации; – способы постановки целей – принципы разработки индивидуального плана развития; – индивидуальные стили обучения и способы их определения; – принципы мониторинга собственной деятельности. 	<ul style="list-style-type: none"> – ставить цели для выполнения исследовательской деятельности; – управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников); – определять приоритеты и планировать исследовательскую деятельность; – проводить самооценку достижения собственных результатов; – определять направления и необходимые компетенции для собственного профессионального развития; – составлять план индивидуального развития.
		<p>Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (ИОПК)</p>	

		ИОПК-1 Знать	ИОПК- 2 Уметь
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<p>- Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</p> <p>- Нормативно-правовое регулирование информационной безопасности в сфере здравоохранения</p> <p>- Нормы электронного документооборота между медучреждениями</p>	<p>1-Использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"</p> <p>2-Соблюдать конфиденциальность персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p>
ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием	<p>1 - Требования законодательства в сфере охраны здоровья, нормативных правовых актов и иных документов, определяющих деятельность медицинских организаций и</p>	<p>1-Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>2-Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронных документов, и контролировать качество ее ведения</p>

	<p>основных медико-статистических показателей</p>	<p>медицинских работников, программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи</p> <p>2-Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "неонатология", в том числе в форме электронного документа</p> <p>3-Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</p> <p>4-Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и</p>	<p>3-Производить анализ медико-статистической показателей заболеваемости новорожденных, младенческой, неонатальной, перинатальной смертности, критериев живорождения,</p> <p>4-Использовать в работе медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"</p> <p>5-Соблюдать конфиденциальность персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p> <p>6-Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной</p>
--	---	--	--

		<p>конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка</p> <p>5-Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p> <p>6-Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "неонатология"</p> <p>7-Основные медико-статистические показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "неонатология"</p>	<p>безопасности, охраны труда</p> <p>7-Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом</p> <p>8-Анализировать медико-статистические показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "неонатология"</p>
ОПК-3	Способен осуществлять	1 - современные педагогические технологии обучения и	1 - осуществлять укрепление своего здоровья и информировать

	педагогическую деятельность	врачебной коммуникации; 2 – техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения; 3 – особенности мотивации в сфере здоровья сбережения у разных групп населения, законных представителей пациентов, членов их семей	окружающих о методиках здоровья сбережения 2 – мотивировать законных представителей пациентов и членов их семей на укрепление здоровья 3 -. приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья
ОПК-4 Соответствует трудовой функции профессионального стандарта А/02.8	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	- Порядки оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям	- Интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребенка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течения настоящих беременности и родов, динамике состояния ребенка после рождения, анамнезе заболевания ребенка

		<p>- МКБ</p> <p>Основные определения и статистические понятия, характеризующие антенатальный, перинатальный и неонатальный периоды</p> <p>- Методика сбора информации о состоянии здоровья, течении беременности и родов у матери ребенка, анамнезе жизни и анамнезе заболевания ребенка</p> <p>- Физиология и патология плода в интранатальном периоде</p> <p>- Морфофункциональные характеристики доношенного новорожденного ребенка</p> <p>- Морфофункциональные характеристики недоношенного новорожденного ребенка в зависимости от гестационного возраста</p> <p>- Особенности течения неонатального периода; транзиторные (пограничные) состояния новорожденного ребенка</p> <p>- Особенности развития недоношенных детей</p>	<p>- Проводить клинический осмотр новорожденного и недоношенного ребенка</p> <p>- Интерпретировать данные клинического осмотра новорожденного и недоношенного ребенка:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. оценивать общее состояние; 2. оценивать жизненно важные функции; 3. оценивать неврологический статус; 4. оценивать физическое развитие; 5. оценивать степень зрелости; 6. оценивать анатомо-физиологическое состояние органов и систем; 7. оценивать степень тяжести патологических состояний и нарушений жизненно важных функций <p>- Интерпретировать и анализировать показатели прикроватного</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Методика клинического осмотра новорожденного и недоношенного ребенка - Методики оценки состояния доношенных новорожденных и недоношенных детей с использованием шкал, принятых в неонатологии - Методики оценки физического развития новорожденного и недоношенного ребенка - Методики оценки постнатального физического развития доношенных новорожденных и недоношенных детей - Этиология и патогенез патологических состояний и заболеваний доношенного новорожденного ребенка - Этиология и патогенез патологических состояний и заболеваний недоношенного ребенка - Симптомы заболеваний и патологических состояний у новорожденных и недоношенных детей - Заболевания и патологические состояния у новорожденных и недоношенных детей, 	<p>мониторирования жизненно важных функций у новорожденных и недоношенных детей</p> <ul style="list-style-type: none"> - Организовывать и осуществлять забор биологического материала у новорожденных и недоношенных детей с диагностической целью. - Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований у новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты
--	--	---	---

		<p>требующие консультаций врачей-специалистов</p> <p>- Клиническая картина состояний, требующих проведения интенсивной терапии и реанимационной помощи, у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Клиническая картина состояний, требующих проведения хирургического лечения новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Современные методы параклинической диагностики заболеваний и патологических состояний у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов инструментальной диагностики новорожденных и недоношенных детей</p>	<p>лабораторных исследований у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Обосновывать и планировать объем инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Обосновывать проведение</p>
--	--	---	--

			<p>новорожденным и недоношенным детям консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Анализировать результаты осмотров новорожденных и недоношенных детей врачами-специалистами - Интерпретировать и анализировать результаты комплексного обследования новорожденных и недоношенных детей - Выявлять у новорожденных и недоношенных детей
--	--	--	---

			<p>транзиторные состояния неонатального периода</p> <ul style="list-style-type: none">- Выявлять у новорожденных и недоношенных детей клинические симптомы и синдромы, патологические состояния и заболевания (в том числе с привлечением врачей-специалистов по медицинским показаниям)- Применять методы дифференциальной диагностики заболеваний и патологических состояний новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
--	--	--	---

			<p>- Формулировать диагноз с учетом МКБ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи</p> <p>- Интерпретировать и анализировать результаты динамического наблюдения и обследования новорожденных и недоношенных детей</p>
<p>ОПК-5 Соответствует трудовой функции профессионального стандарта А/03.8</p>	<p>Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>- Порядки оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Клинические рекомендации (протоколы лечения) по</p>	<p>- Назначать и проводить питание новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>

		<p>вопросам оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Современные принципы вскармливания и лечебного питания новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Принципы лечебно-охранительного режима в неонатологии</p> <p>- Современные представления о методах выхаживания и ухода, в том числе развивающего, за недоношенными детьми и новорожденными детьми с заболеваниями и патологическими состояниями</p> <p>- Методы лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями</p>	<p>- Назначать и проводить лечебное питание новорожденных и недоношенных детей с учетом их состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Устанавливать назогастральный и орогастральный зонды новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Осуществлять контроль эффективности питания новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Назначать лечебно-охранительный режим новорожденным и недоношенным детям в</p>
--	--	---	--

		<p>- Механизмы действия лекарственных препаратов, применяемых в неонатологии; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения и побочные действия</p> <p>- Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Особенности введения лекарственных препаратов новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Принципы и методы немедикаментозной терапии новорожденных и недоношенных детей (фототерапия, укладки,</p>	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Назначать и применять методы выхаживания и ухода, в том числе развивающего, за новорожденными и недоношенными детьми в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Составлять план лечения новорожденных и</p>
--	--	--	---

		<p>иммобилизация при травмах, повязки (пластыри, пленки) при повреждениях кожи, восстановительного лечения; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения и побочные действия</p> <p>- Принципы и методы асептики и антисептики</p> <p>- Принципы профилактики инфекций у новорожденных и недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи</p> <p>- Принципы подготовки к эксплуатации медицинских изделий, предназначенных для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p>	<p>недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Назначать и проводить лечение новорожденных и недоношенных детей (в том числе с привлечением врачей-специалистов по медицинским показаниям)</p> <p>- Определять медицинские показания к проведению у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Назначать лекарственные препараты новорожденным и недоношенным детям в соответствии с</p>
--	--	---	--

		<p>- Требования охраны труда при работе с медицинскими изделиями, предназначенными для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Принципы и методы оказания реанимационной помощи новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Нормативные правовые документы, определяющие порядок констатации биологической смерти</p>	<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Применять медицинские изделия, предназначенные для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей, с соблюдением требований охраны труда и эпидемиологической безопасности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с</p>
--	--	---	--

			<p>учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Назначать немедикаментозное лечение новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Организовывать подготовку к эксплуатации медицинских Порядки оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям изделий, предназначенных для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p>
--	--	--	---

			- Осуществлять профилактику инфекций у новорожденных и недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	1- Методологические подходы к определению ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности 2-МКФ 3-Характер и содержание мероприятий по медицинской реабилитации новорожденных и недоношенных детей при наличии синдромов и заболеваний и (или) состояний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	1-Определять функциональные нарушения органов и систем организма, приводящие к ограничению жизнедеятельности новорожденных и недоношенных детей, направлять к врачам-специалистам, составлять рекомендации по устранению выявленных нарушений 2-Составлять план реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и (или) состояниях с учетом возрастных особенностей, оценивать реабилитационный

		<p>(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>4-Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинских реабилитационных мероприятий у новорожденных в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>5-Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских реабилитационных</p>	<p>потенциал и реабилитационный прогноз</p> <p>3-Оценивать выполнение мероприятий медицинской реабилитации у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>4-Контролировать корректность подобранных средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациентов</p> <p>5-Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской</p>
--	--	---	--

		<p>мероприятий в соответствии с функциональным статусом, диагнозом и клиническими проявлениями заболевания и (или) состояния, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>6-Порядок организации медицинской реабилитации</p> <p>7-Критерии оценки качества медицинской реабилитации</p>	<p>помощи, порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>6-Определять врачей-специалистов для проведения реабилитационных мероприятий у новорожденных и недоношенных детей;</p> <p>7-Контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность медицинской реабилитации новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской</p>
--	--	--	--

		9-Особенности медицинской реабилитации и абилитации недоношенных детей	помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	1- Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения медико-социальной экспертизы 2-Порядок выдачи листков нетрудоспособности 3-Медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, определения паллиативного статуса пациента, 4 -Требования к оформлению медицинской документации	1-Направлять пациентов на медико-социальную экспертизу 2-Подготавливать медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов 3-Формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз при определении паллиативного статуса пациента

<p>ОПК-8 Соответствует трудовой функции профессионального стандарта А/04.8</p>	<p>Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения</p>	<p>- Порядок оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - МКБ - Физиология неонатального периода - Физиологические характеристики недоношенных детей разного гестационного возраста - Основы физиологического и</p>	<p>- Рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия новорожденным и недоношенным детям - Обучать законных представителей ребенка и ухаживающих лиц навыкам физиологического ухода за новорожденными и недоношенными детьми - Обучать законных представителей ребенка и ухаживающих лиц навыкам профилактики заболеваний новорожденных и недоношенных детей - Организовывать и проводить мероприятия по поддержке грудного вскармливания - Рекомендовать оптимальный вид питания для новорожденного и недоношенного ребенка в</p>
--	--	--	--

		<p>развивающего ухода за доношенным новорожденным ребенком</p> <p>- Основы физиологического и развивающего ухода за недоношенным ребенком</p> <p>- Принципы грудного вскармливания</p> <p>- Методы становления и поддержания лактации</p> <p>- Профилактика возникновения и прогрессировать заболеваний неонатального и младенческого периодов</p> <p>- Профилактика возникновения и прогрессирования заболеваний недоношенных детей</p> <p>- Принципы проведения оздоровительных мероприятий</p>	<p>случаях невозможности грудного вскармливания</p> <p>- Проводить просветительную работу, направленную на сохранение здоровья новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Организовывать и проводить профилактику инфекций у новорожденных и недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи</p> <p>- Организовывать проведение неонатальных скринингов на врожденные и наследственные заболевания</p> <p>- Организовывать проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей</p>
--	--	---	---

		<p>- Принципы проведения неонатальных скринингов на врожденные и наследственные заболевания</p> <p>- Нормативные правовые документы, регламентирующие проведение неонатальных скринингов</p> <p>- Нормативные правовые документы, регламентирующие проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Медицинские показания и медицинские противопоказания к вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей</p>	<p>- Организовывать и проводить профилактику и лечение осложнений, связанных с вакцинопрофилактикой инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции в отделениях неонатологического профиля (совместно с врачом-эпидемиологом)</p>
--	--	---	---

		<p>- Осложнения при проведении вакцинопрофилактики у новорожденных и недоношенных детей, их предотвращение и лечение</p> <p>- Принципы проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции в отделении неонатологического профиля</p> <p>- Правила профилактики у новорожденных и недоношенных детей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи</p>	
<p>ОПК-9 Соответствует трудовой функции профессионального стандарта А/05.8</p>	<p>Способен проводить анализ медико- статистической информации, вести медицинскую</p>	<p>- Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих</p>	<p>- Составлять план работы и отчет о своей работе</p> <p>- Заполнять медицинскую документацию, в том</p>

	<p>документацию и организовывать деятельность в находящегося распоряжении медицинского персонала</p>	<p>и медицинскую помощь по профилю "неонатология"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка - Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности - Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих 	<p>числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости новорожденных и недоношенных детей, перинатальной, ранней неонатальной, неонатальной и младенческой смертности - Использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" - Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну - Выполнять должностные обязанности с соблюдением правил
--	--	---	---

		<p>медицинскую помощь по профилю "неонатология"</p>	<p>внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда</p> <p>- Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом</p>
<p>ОПК-10 Соответствует трудовой функции профессионального стандарта А/06.8</p>	<p>Способен участвовать оказании неотложной медицинской помощи состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>в при</p>	<p>-Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей)</p> <p>-Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p> <p>-Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания</p> <p>-Правила проведения базовой</p>	<p>-Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>- Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p>

		<p>сердечно-легочной реанимации</p> <p>-Принципы и методы асептики и антисептики</p> <p>-Принципы профилактики инфекций у новорожденных и недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи</p> <p>-Принципы подготовки к эксплуатации медицинских изделий, предназначенных для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p> <p>-Требования охраны труда при работе с медицинскими изделиями, предназначенными для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p>	<p>-Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам, при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))</p> <p>-Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>-Определять медицинские показания к проведению у новорожденных и недоношенных детей:</p> <p>- пункции и катетеризации пупочной вены;</p>
--	--	--	---

		<p>-Принципы и методы оказания реанимационной помощи новорожденным и недоношенным детям</p> <p>-Нормативные правовые документы, определяющие порядок констатации биологической смерти</p>	<ul style="list-style-type: none"> - пункции и катетеризации кубитальной и других периферических вен; - внутривенных введений лекарственных препаратов; - внутримышечного введения лекарственных препаратов; - подкожного введения лекарственных препаратов; - постановки назогастрального зонда; - перорального введения лекарственных препаратов; - ректального введения лекарственных препаратов; - постановки очистительной клизмы; - постановки мочевого катетера; - фототерапии;
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- ингаляции лекарственных препаратов через небулайзеры;- оксигенотерапии;- интубации трахеи;- санации трахеобронхиального дерева;- установки воздуховода;- респираторной поддержки с постоянным положительным давлением в дыхательных путях;- неинвазивной искусственной вентиляции легких;- искусственной вентиляции легких;- эндотрахеального введения лекарственных препаратов;- операции заменного переливания крови;- операции частичной обменной
--	--	--	--

			<p>трансфузии при полицитемии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - гемотрансфузии; - спинномозговой пункции; - пункции и дренирования плевральной полости
<p>ПК-1 Соответствует трудовой функции профессионального стандарта А/01.8</p>	<p>Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Порядок оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям - Основные определения 	<ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать полученную информацию о состоянии здоровья матери ребенка, течения и исходах предыдущих беременностей и родов, течения настоящих беременностей и родов - Выявлять факторы риска развития патологии у новорожденного и недоношенного ребенка, которые могут возникнуть в процессе родов и сразу после рождения ребенка - Проводить оценку признаков живорождения - Проводить клинический осмотр

		<p>статистические понятия, характеризующие антенатальный, перинатальный и неонатальный периоды</p> <p>- Формализованные шкалы, принятые в неонатологии, которые используются для оценки состояния новорожденных и недоношенных детей (шкала Апгар) и для стандартизации оценки выраженности клинических симптомов</p> <p>- Методика осмотра новорожденного и недоношенного ребенка в родильном зале</p> <p>- Методики оценки физического развития новорожденного и недоношенного ребенка</p> <p>- Методы медицинской помощи новорожденному и</p>	<p>новорожденного и недоношенного ребенка и оценивать его состояние непосредственно после рождения</p> <p>- Организовывать и оказывать медицинскую помощь новорожденному и недоношенному ребенку в родильном зале в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Диагностировать хирургические заболевания у новорожденных и недоношенных, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме, в</p>
--	--	--	---

		<p>недоношенному ребенку в родильном зале</p> <p>- Клиническая картина и диагностика состояний у новорожденных и недоношенных детей, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>- Клиническая картина и диагностика состояний у новорожденных и недоношенных детей, требующих хирургического лечения</p> <p>- Принципы подготовки к работе и эксплуатации медицинских изделий, предназначенных для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Требования охраны труда при работе с медицинскими</p>	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Назначать и организовывать проведение лабораторных и инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей в родильном зале в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
--	--	---	--

		<p>изделиями, предназначенными для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Эпидемиология и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям</p> <p>- Принципы транспортировки новорожденных и недоношенных детей</p>	<p>- Интерпретировать результаты лабораторных исследований у новорожденных и недоношенных детей, полученные в первые часы жизни</p> <p>- Проводить поддержание и восстановление жизненно важных функций организма при угрожающих жизни состояниях у новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Организовывать подготовку к</p>
--	--	--	--

			<p>эксплуатации медицинских изделий, предназначенных для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей</p> <p>- Применять медицинские изделия, предназначенные для диагностики состояния и лечения новорожденных и недоношенных детей, с соблюдением требований охраны труда и эпидемиологической безопасности</p> <p>- Осуществлять транспортировку новорожденного и недоношенного ребенка из родильного зала в соответствии с его состоянием</p> <p>- Формулировать предварительный диагноз с учетом МКБ, клинических рекомендаций</p>
--	--	--	---

			(протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи
--	--	--	--

**Оценочные средства для проведения аттестации
Перечень литературы, рекомендуемых для изучения дисциплины,
используемой как источник информации для составления оценочных средств**

литература:

Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html>. - Режим доступа : по подписке.

Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html>

Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html>

Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html>

Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html>

Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html>

Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html>

Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html>

Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа,

2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html>

Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html>

Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html>

Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html>

Раздел 2. Неонатология.

Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html>

Кильдиярова, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.html> - Режим доступа: по подписке.

Колесников, А. Н. Детская анестезиология и интенсивная терапия, неотложные состояния в неонатологии : учебное пособие / А. Н. Колесников, С. В. Москаленко, А. Г. Анастасов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-6605-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466056.html>

Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.html>

Шайтор, В. М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям / Шайтор В. М. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-5947-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459478.html>. - Режим доступа : по подписке.

Дегтярева, А. В. Негемолитические желтухи у новорожденных детей : учебное пособие / А. В. Дегтярева, Д. Н. Дегтярев, Ю. М. Голубцова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 80 с. : ил. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-5155-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451557.html>

Кудашов, Н. И. Герпесвирусная инфекция. Диагностика и терапия тяжелых форм у новорожденных : монография / Н. И. Кудашов, Г. Т. Сухих, Л. З. Файзуллин, А. В. Александровский - Москва : Литтерра, 2015. - 160 с. - ISBN 978-5-4235-0162-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501624.html>

Ионов, О. В. Неотложные состояния у новорожденных детей / Ионов О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5809-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458099.html>

Разин, М. П. Хирургия новорожденных : учебное пособие / Разин М. П. , Скобелев В. А. , Железнов Л. М. и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 328 с. - ISBN 978-5-9704-5387-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453872.html>

Ушакова, Ф. И. Сестринский уход за здоровым новорожденным / Ф. И. Ушакова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 168 с. : ил. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-6172-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461723.html>

Детская хирургия : национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1280 с. - (Национальные руководства). - ISBN 978-5-9704-5785-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача" : [сайт]. - URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457856.html>

Самсыгина, Г. А. Неонатальный сепсис / Самсыгина Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-5388-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453889.html>

Бржеский, В. В. Неонатальная офтальмология : руководство для врачей / под ред. В. В. Бржеского, Д. О. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-6152-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461525.html>

Недоношенный ребенок [Текст] : справочник / авт.-сост.: Сафронова Л. Н., Федорова Л. А. ; рец.: Шабалов Н. П., Желенина Л. А. – Москва : Медиабюро Статус Презенс, 2020. – 312 с. : ил. – ISBN 978-5-907218-09-3

Сухарева, Г. Э. Диагностика и лечение врожденной и наследственной патологии сердечно-сосудистой системы у детей [Текст] : одобрено и разрешено к изданию научно-техническим советом ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского" / Г. Э. Сухарева ; рец.: М. Р. Туманян, А. В. Легконогов, О. С. Третьякова. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2021. – 431 с. : ил. – Библиогр.: с. 410-431. – ISBN 978-5-299-01097-8

Майер, Р. Ф. Интенсивная терапия новорожденных. Доказательность и опыт [Текст] = Neugeborenen-intensivmedizin / Р. Ф. Майер, М. Обладен ; пер. с нем. С. Н. Коваль. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 768 с. : ил. – Библиогр.: с. 752-758. – ISBN 978-5-00030-816-5

Неотложная рентгенодиагностика в неонатологии и педиатрии (атлас рентгеновских изображений) [Текст] : руководство для врачей / А. С. Акулич, Л. Ф.

Кашапова, Л. Г. Константинова [и др.] ; под ред.: Г. Е. Труфанова, Л. Г. Константиновой. – Санкт-Петербург :Медиздат-СПб, 2020. – 184 с. : ил. – ISBN 978-5-6042515-7-7

Перинатальные факторы риска аллергических заболеваний у детей : монография / Э. Б. Белан, А. А. Желтова, Т. Е. Заячникова [и др.] ; Министерство здравоохранения РФ, Волгоградский государственный медицинский университет. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2022. – 240 с.: ил. : ил. – Библиогр.: с. 169 - 222.http://library.volgmed.ru/Marc/MObjectDown.asp?MacroName=Perinatalnye_faktory_riska_allergicheskikh_zabolevanij_Belan_2023&MacroAcc=A&DbVal=47

Арсентьев, В. Г.Наследственные нарушения соединительной ткани как конституционная основа полиорганной патологии у детей [Текст] / В. Г. Арсентьев, В. С. Баранов, Н. П. Шабалов. – 2-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург :СпецЛит, 2019. – 239 с. : ил. – Библиогр.: с. 210-239. – ISBN 978-5-299-00970-5

Пономарева, Ю. В. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний мочевыводящей системы новорожденных : учебное пособие / Ю. В. Пономарева, Н. Ф. Шапошникова. — Волгоград :ВолГМУ, 2022. — 68 с. — ISBN 978-5-9652-0762-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/295844>. — Режим доступа: для авториз. пользователей.

1. Методическое письмо «Реанимация и стабилизация состояния новорождённых детей в родильном зале», 2020 г. https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2020/03/letter_resuscitation_newborn_delivery_2020.pdf
2. Российские клинические рекомендации
 - 2.1. Ранняя анемия недоношенных (2021 г.) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/661_1
 - 2.2. Врожденная анемия вследствие кровопотери у плода (2021 г.) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/660_1
 - 2.3. Нарушения обмена галактозы (Галактоземия) (2021 г.) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/375_2
 - 2.4. Терапевтическая гипотермия у новорожденных детей (2019 г.) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2019/02/protokol_hypothermia_2019.pdf
 - 2.5. Диагностика и лечение шока у новорожденных детей (2019) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2019/02/protokol_shock_2019.pdf
 - 2.6. Синдром аспирации мекония у новорожденных (2019 г.) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2019/12/protokol_SAM_2018.pdf
 - 2.7. Тактика ведения доношенных и недоношенных новорожденных детей с непрямой гипербилирубинемией (2016 г.) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2016/10/draft_protocol_NONHemolyticDH_102016.pdf
 - 2.8. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2015/09/klinrec_Basichelp_2015.pdf
 - 2.9. Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденных https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2015/09/klinrec_HemorrhagicDH_2015.pdf
 - 2.10. Диагностика и лечение полицитемии новорожденных https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2015/09/klinrec_polycythemia_2015.pdf
 - 2.11. Энтеральное вскармливание недоношенных детей https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2015/09/klinrec_enteral_feeding_2015.pdf

- [content/uploads/2015/09/klinrec_enteral_preterm_2015.pdf](#)
- 2.12 Инвазивный кандидоз у новорожденных https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2018/02/klinrec_candidiasis_newborns_2017.pdf
- 2.13 Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2017/09/klinrec_HemolyticDH_2017.pdf
- 2.14 Парентеральное питание новорожденных https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2015/10/klinrec_parenteral_2015.pdf.pdf
- 2.15 Анемии новорожденных. Диагностика, профилактика, лечение. <http://www.raspm.ru/files/anemia.pdf>
- 2.16. Врожденная пневмония https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2019/12/protokol_congenital_pneumonia_2017.pdf
- 2.17 Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных <https://neonatology.pro/resursnyiy-tsentr/protokolyi/>
- 2.18 Классическая фенилкетонурия и другие виды гиперфенилаланинемии https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/482_1
- 2.19 Кистозный фиброз (муковисцидоз) https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/372_2
3. Национальные программы РФ
- 3.1. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. https://www.pediatr-russia.ru/information/dokumenty/other-docs/nacprog1year_2019.pdf
- 3.2. Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции (2021) http://www.spr-journal.ru/natsionalnaya-programma-nedostatochnost-vitamina-d-u-detey-i-podrostkov-rossiyskoy-federatsii-sovremennye-podkhody-k-korreksii_1/
- 3.3. Бронхолегочная дисплазия у детей https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2018/04/BLD_2012.pdf
4. Методические материалы
- 4.1. Методические рекомендации по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/immunoprofilaktika_respiratorno_sintsitalnoy_virusnoy_infektsii_u_detey.pdf
- 4.2. Методические рекомендации «Иммунопрофилактика инфекционных болезней недоношенных детей» (2019) <https://www.pediatr-russia.ru/information/vaktsinatsiya/normativno-pravovaya-baza/>
- 4.3. Методические рекомендации «Применение аминокислотных смесей» (2020) <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/metodicheskie-rekomendatsii-po-vaktsinatsii>
- 4.5. Учебно-методическое пособие для врачей и родителей ДЛИТЕЛЬНАЯ ДОМАШНЯЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ: КОГДА, КОМУ, КАК? (2019) https://disk.yandex.ru/i/YIwvyN_j9Ssj7A
- 4.6. Применение ВОЗ Международной классификации болезней (МКБ-10) к случаям смерти в перинатальном периоде (МКБ-ПС) <https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2016/12/ICD-10-perinatal-period-Rus.pdf>
- 4.7. Проект клинических рекомендаций «Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара» (2022) <https://neonatology.pro/resursnyiy-tsentr/protokolyi/>
- 4.8. Проект клинических рекомендаций «Врожденная цитомегаловирусная инфекция» (2022) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2019/07/draft_CMV_infection.pdf

4.9. Ведение первичной медицинской документации в отделениях неонатологического профиля (проект свода правил и рекомендаций для врачей) https://neonatology.pro/wp-content/uploads/2014/04/med_documentation_2014.pdf

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

НИИ, учреждения, клиники, кафедры	ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова, школа неонатологии им А.Г.Антонова	https://emediq.ru/area/liza/vent/129
	Российское общество неонатологов	https://neonatology.pro/
Общественные организации/ ассоциации специалистов	Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины	https://www.raspm.ru/
	Секция по неонатологии Московского общества детских врачей	https://www.raspm.ru/index.php/sektsiya-po-neonatologii
	Союз педиатров России	https://www.pediatr-russia.ru/

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Неонатология»

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают: а) число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 живорожденных	в - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н.

	<p>б) число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>в) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных</p> <p>г) число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>д) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных</p> <p>е) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>		<p>Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	<p>Под неонатальной смертностью подразумевают</p> <p>а) число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных</p> <p>б) число детей, умерших в возрасте 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>в) число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных</p> <p>г) число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>д) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных</p> <p>е) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>	<p>в - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных</p>	<p>Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1</p>
3	<p>Под ранней неонатальной смертностью подразумевают</p> <p>а) число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных</p> <p>б) число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p> <p>в) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23</p>	<p>в - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных</p>	

	<p>час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных</p> <p>г) число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми</p> <p>д) число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 живорожденных</p> <p>е) число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми</p>		
4	<p>Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:</p> <p>а) отношение числа, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле</p> <p>б) число детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле</p> <p>в) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле</p> <p>г) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле</p> <p>д) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле</p> <p>е) отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также</p>	<p>в - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле</p>	<p>Кильдияров Р. а, Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm</p>

	случаев смерти новорожденного ребенка в течение первых 24 часов после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле		
5	<p>Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:</p> <p>а) с 22 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка</p> <p>б) с 28 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка</p> <p>в) с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток внеутробной жизни плода</p> <p>г) с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток внеутробной жизни плода</p> <p>д) с 22 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода</p> <p>е) с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода</p> <p>ж) с 37 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода</p>	е - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
6	<p>Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:</p> <p>а) уровень рождаемости</p> <p>б) уровень смертности</p> <p>в) количество врачей на душу населения</p> <p>г) младенческая смертность</p>	г - младенческая смертность	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	<p>Уровень ранней неонатальной смертности определяет:</p> <p>а) количество недоношенных детей</p>	а - количество недоношенных детей	<p>Неотложная помощь новорожденным на</p>

	<p>б) количество перенесенных детей в) количество незрелых детей г) количество детей "малых к сроку гестации"</p>		<p>догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	<p>Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:</p> <p>а) родильного дома б) отделения патологии новорожденных в) женской консультации г) отделения реанимации</p>	<p>в - женской консультации</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	<p>При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующая:</p> <p>а) перевести в наблюдательное отделение и назначить лечение б) оставить на месте, назначив лечение в) немедленно перевести в соответствующий стационар г) все ответы правильные</p>	<p>в - немедленно перевести в соответствующий стационар</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А.</p>

			Новожилов - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома: а) не ниже 20-24 °С б) не ниже 22-24 °С в) не ниже 24-26 °С	б - не ниже 22-24 °С	Москаленко , В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	При выявлении у беременной многоводия следует думать:	3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,	Мельникова , И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5- 9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html

			Раздел 2. Неонатология.
2.	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:	1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.htm
3	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентрикулита	Кильдияров а, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.htm - Режим доступа: по подписке.
4	Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:	2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз	Колесников, А. Н. Детская анестезиология и интенсивная терапия, неотложные состояния в неонатологии : учебное пособие /

			<p>А. Н. Колесников, С. В. Москаленко, А. Г. Анастасов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-6605-6.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466056.htm</p>
5	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.</p>	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации матери, обусловленной</p>	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm</p>

	<p>2. Какие дополнительные исследования надо провести?</p> <p>3. Каков патогенез настоящего заболевания?</p> <p>4. Назначьте и обоснуйте лечение.</p> <p>5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?</p>	<p>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.</p> <p>4. Согласно клиническим рекомендациям ведения новорожденных с гемолитической болезнью новорожденных методом лечения в данном случае является проведение операции заменного переливания крови с последующим проведением</p>	
--	---	--	--

		фототерапии под контролем динамики показателей билирубина и гемоглобина крови. 5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия	
--	--	---	--

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медикостатистических показателей

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть: а) 500 - 800 мл, б) 900 - 1200 мл, в) 1300 - 1600 мл, г) 1700 - 2000 мл, д) более 2000 мл.	б - 900 - 1200 мл	Неонатолог ия: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	. Важной функцией околоплодных вод является: а) трофическая, б) защита плода от механического воздействия, в) экскреторная, г) обеспечение периода раскрытия в родах,	Д - все перечисленное	Неонатолог ия : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,

	д) все перечисленное.		2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы: а) экстрагенитальная патология, б) многоплодие, в) наличие гестоза в анамнезе, г) наследственность, отягощенная гипертоническим синдромом. д) все перечисленное.	д - все перечисленное.	
4	У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция: а) аминокислот б) низкомолекулярных белков в) глюкозы г) ионов натрия	в - глюкозы	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
5	Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более: а) 0,03 г/л б) 0,33 г/л в) 3,3 г/л	б - 0,33 г/л	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. -

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее: а) 100 эритроцитов в 1 мл мочи б) 1000 эритроцитов в 1 мл мочи в) 4000 эритроцитов в 1 мл мочи	б - 1000 эритроцитов в 1 мл мочи	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются: а) острая почечная недостаточность б) гипоксическая нефропатия в) инфекция органов мочевой системы г) метаболическая нефропатия д) врожденные пороки развития почек	в - инфекция органов мочевой системы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html

8	<p>В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:</p> <p>а) нарушения диуреза б) симптомы интоксикации в) отеки</p>	б - симптомы интоксикации	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	<p>Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются:</p> <p>а) гиперкалиемия и метаболический ацидоз б) метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови в) повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови г) повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови</p>	г - повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
10	<p>При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденному ребенку показано:</p> <p>а) введение мочегонных средств б) хирургическое лечение в) проведение гемодиализа</p>	б - хирургическое лечение	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения</p>

		наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>

	<p>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: непрямой – 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования следует провести? 4. Консультации каких специалистов необходимы? 		
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Менингоэнцефалит невыясненной этиологии. 2. Люмбальная пункция, бактериологическое, ПЦР и ИФА исследование ликвора, кровь на СРБ, прокальцитонин, ОАК, ОАМ, КОС, 	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный //</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>нейросонография, ЭКГ, ЭХО-КГ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Невропатолог, инфекционист. 4. При выздоровлении – третья группа здоровья. 5. О перенесенных инфекционных заболеваниях во время беременности, в частности о герпес вирусной инфекции. 	<p>ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
3	<p>Ребенок от первой беременности, первых срочных родов, поступил из</p>	<p>1.Церебральная ишемия первой степени, острый</p>	<p>Неотложная помощь новорожде</p>

<p>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.</p>	<p>период, синдром вегето-висцеральных 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 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</p>	<p>нным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
---	---	--

	<p>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: непрямо́й – 165 мкмоль/л, прямо́й – 3,5 мкмоль/л, мочеви́на – 6,1 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций – 1,1 ммоль/л.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>антирефлюксные смеси или на основе крахмала, или на основе камеди рожкового дерева. Рекомендуется увеличить число кормлений с уменьшением объема питания за одно кормление.</p>	
4	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		9785970448021.htm <u>1</u>
5	<p>Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне обострения хронического гастрита в</p>	<p>1. Себорейный дерматит, легкое течение.</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и</p>

<p>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. Отрубевидное 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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 гидролизованного белка. 	<p>заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки</p> <p>у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
--	---	--

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	На основании клинической картины поставить точный диагноз внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора:	3 - можно лишь в отдельных случаях	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
2.	Интерстициальный тип пневмонии характерен для:	4 - всех перечисленных заболеваний	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
3	Пневмоцистную пневмонию следует дифференцировать с:	1 - цитомегаловирусной пневмонией	
4	Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:	4 - интерстициальной	Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное

			<p>пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>
5	В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:	1 - клеточный иммунитет	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
6	Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:	4 - бронхиолит	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html</p>

			library.ru/book/ISBN9785970424216.htm 1
7	Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - интерферронообразование	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
8	Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:	3 - трем неделям	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
9	На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы:	4 - все вышеперечисленные	
10	Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:	1-инфекционные заболевания органов дыхания	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник /

			Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5- 9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
--	--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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</p>	<p>1. Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа. Состояние после умеренной асфиксии</p> <p>2. Формирование порока начинается на четвертой неделе эмбрионального развития, на этапе закладывания перепонки между брюшной полостью и полостью перикарда плода.</p> <p>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.</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутрочерепных 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. 	
2.	<p>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. Ребенок стонет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 160 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +2 см. Отходит меконий.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените тяжесть дыхательных нарушений у ребенка 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>2. Сформулируйте предварительный диагноз</p> <p>3. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования</p> <p>4. Укажите патогенез дыхательной недостаточности</p> <p>5. Принципы лечения новорожденного ребенка?</p>	<p>лёгочного эпителия. При родоразрешении на сроке 37 недель фетальная жидкость может задерживаться в легких и вызывать развитие дыхательной недостаточности.</p> <p>5. Перевод в отделение интенсивной терапии, респираторная поддержка (СДППД или ИВЛ), инфузионная терапия.</p>	
3	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Опишите тактику неонатолога</p> <p>2. Сформулируйте предварительный диагноз</p> <p>3. Как осуществляется верификация диагноза?</p> <p>4. Принципы лечения ребенка</p> <p>5. Перечислите антенатальные признаки, позволяющие заподозрить заболевание при проведении УЗИ скрининга.</p>	<p>1. Установить желудочный зонд, провести пробу Элефанта</p> <p>2. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем</p> <p>3. Верификация - после рентгенологического исследования</p> <p>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.</p> <p>5. Антенатальными признаками атрезии пищевода является отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

4	<p>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 отёк 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: Нв - 167 г/л, Эр - 4,0 ×10¹²/л, тромбоциты – 240 ×10⁹ /л, Лейк – 24,4×10⁹ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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
---	---	---

	5. К какой группе здоровья относится ребенок?		
5	<p>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,</p>	<p>1. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных средней степени тяжести, ателектазы легких. Недоношенность, срок гестации 29 недель.</p> <p>2. Некротизирующий энтероколит.</p> <p>3. Кишечная непроходимость, пневмония, поздний неонатальный сепсис. Для проведения дифференциального диагноза необходимо рентгенологическое исследование, СРБ и прокальцитонин, посев крови.</p> <p>4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)</p> <p>5. Прекращение энтерального вскармливания и полное парентеральное питание</p>	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm</p>

	<p>прямой – 12 мкмоль/л, Na 122 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л. КОС на 10 сутки жизни: рН - 7,28, рО₂ - 72 мм рт.ст., рСО₂ - 36 мм рт.ст., ВЕ = - 5,8. На УЗИ органов брюшной полости на 10 сутки жизни – газ в системе воротной вены отсутствует.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
--	---	--	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с</p>	4 - муковисцидозом	<p>Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm</p>

			1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
3	. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:	2- врожденная слабость хрящевого каркаса гортани	
4	Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:	3- изменения костей и глазного дна	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
5	Экфолиативный дерматит Риттера относится к группе:	3 - стафилококковых пиодермии	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические

			<p>проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	Образование рубцов на стадии репарации характерно для:	4 - дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:	3- геморрагический синдром	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970439616.htm <u>1</u>
8	Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:	1- в первые часы жизни	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm <u>1</u>
9	К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:	4- все перечисленные факторы	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html

10	Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:	4- во всех перечисленных случаях	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
----	--	----------------------------------	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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, SpO ₂ – 82%. Дыхание стонущее, проводится по всем полям, с выраженным участием вспомогательной мускулатуры, втяжение нижней апертуры и межреберий, множественные разнокалиберные хрипы по всем	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 (SpO ₂) 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	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 рт ст 	
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl</p>

	<p>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 непереваренными 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается.</p> <p>Консультация хирурга необходима при подозрении на развитие мастита</p> <p>4. Изменение частоты и характера стула связано с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника.</p> <p>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.</p> <p>5. В ОАК возрастная норма</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970448021.htm 1</p>
3	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов -</p>

	<p>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 А(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: не прямой – 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</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.</p> <p>5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.</p>	<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
4	<p>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,</p>	<p>1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных /</p>

	<p>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. <u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение. 2. Диагноз «геморрагическая болезнь новорожденного» 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст :</p>

<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз?</p>	<p>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).</p> <p>3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне проводимой адекватной терапии.</p> <p>4. Лечение витамин К (викасол) в/м и СЗП в/в. Симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний.</p> <p>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.</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
---	--	--

	<p>2. Как верифицируется диагноз «геморрагическая болезнь»? Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?</p> <p>3. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?</p> <p>4. Назначьте лечение.</p> <p>5. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?</p> <p>Эталон ответа:</p>		
--	---	--	--

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В раннем неонатальном периоде развитию геморрагического синдрома могут способствовать	4- все вышеперечисленные	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
2.	Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:	4- снижение протромбинового комплекса	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А.,

			<p>Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
3	<p>Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:</p>	3- к 3-5 дню жизни	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
4	<p>Наиболее частой причиной анемии при рождении является:</p>	1- кровопотеря	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm</p>

5	Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:	2- ниже 145 г/л	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
6	Для механических желтух типично повышение активности:	4- щелочной фосфатазы	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
7	Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:	2-на грудном вскармливании	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения

			<p>наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
8	<p>Оптимальной тактикой ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании является:</p>	<p>1- подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
9	<p>Патология желудочно-кишечного тракта, наиболее часто встречающаяся у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:</p>	<p>4- некротизирующий энтероколит</p>	
10	<p>Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей:</p>	<p>3- igA</p>	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

		library.ru/book/ISBN9785970468531.htm 1
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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 –</p>	<p>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.</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm 1</p>

	<p>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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
2.	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studenti.ru/</p>

<p>стонуций. 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: непрямо́й – 270 мкмоль/л, прямо́й – 2,8 мкмоль/л, мочеви́на – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>различных вариантов врожденных пороков сердца, а также ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970448021.htm 1</p>
---	---	---

	5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?	естественное вскармливание.	
3	<p>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 2см. Отходит меконий. Дополнительные 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<p>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,</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>1. О какой патологии можно думать в данном случае?</p> <p>2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка</p> <p>3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка</p> <p>4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.</p> <p>5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?</p>	<p>инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.</p> <p>5. Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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</p>	<p>1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)</p> <p>2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.</p> <p>3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза</p> <p>4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст :</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>декретированные сроки, противопоказаний нет.</p> <p>4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.</p> <p>5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
--	---	--	--

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	Кильдияров Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970460825.htm 1
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm 1
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-

			<p>9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	<p>Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:</p>	<p>4- щитовидной железы</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	<p>Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:</p>	<p>1- 60 ккал/кг/сут</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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	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	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>аспирацией меконияльными водами и/или развитием пневмонии.</p> <p>5. Согласно центильным таблицам, масса ребенка находится в коридоре ниже 10 центиля, рост выше 50 центиля</p>	
2.	<p>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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза?</p> <p>3. Тактика ведения ребенка</p> <p>4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка</p> <p>5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?</p>	<p>5. Транспозиция магистральных артерий является пороком сердца, который должен диагностироваться внутриутробно. Однако выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.</p>	
3	<p>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,</p>	<p>1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.</p> <p>2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.</p> <p>3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии, поражение ЦНС.</p> <p>4. Хирург, инфекционист.</p> <p>5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>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).</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
4	<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>по рекомендации ортопеда или при развитии осложнений показан перевод в ОПН</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>

	<p>инфузионную 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, рефлексы оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 35 138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>парентеральное питание, перевод в хирургический стационар</p> <p>5. Лечение хирургическое, объем вмешательства определяется индивидуально.</p>	
			<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl</p>

			library.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.
--	--	--	--

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Хроническая кровопотеря характеризуется:	2- гипохромией эритроцитов и микроцитозом	Неонатология:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:	2- тахикардия	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970462133.html
3	Бактериemia может обнаруживаться:	4- при всех перечисленных ситуациях	
4	Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:	2- развитием ангиитов и тромбоваскулитов	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970460825.html
5	Остеомиелиту грамотрицательной этиологии свойственно течение:	2- подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970411353.html
6	Бактериальный венитрикулит клинически проявляется:	4- все ответы правильные	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в

			<p>детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	Специфическим (патогномичным) симптомом сепсиса у новорожденных является:	5- одного специфического симптома для диагностики сепсиса не существует	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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 Нb 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%.</p>	<p>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</p>	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>

	<p><u>Вопросы:</u> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз?</p>		
2.	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>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.</p> <p>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.</p>	
3	<p>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%.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока. 2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
4	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-</p>

	<p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p> <p>2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для верификации диагноза?</p> <p>3. Проведите оценку выраженности дыхательной недостаточности по шкале Downes.</p> <p>4. Каков объем мониторинга?</p> <p>5. Плановая терапия.</p>	<p>показателей КОС в динамике, контроль диуреза.</p> <p>5. Антибактериальная терапия, инфузионная терапия, кормление сцеженным грудным молоком или адаптированной гипоаллергенной смесью; при нарастании дыхательной недостаточности – решение вопроса о необходимости ИВЛ</p>	<p>Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
5	<p>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</p>	<p>1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.</p> <p>2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.</p> <p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>гене́за, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
--	---	--	--

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В настоящее время наиболее эффективным препаратом для проведения заместительной	3- пентаглобин	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н.

	иммунотерапии при неонатальном сепсисе является:		Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
2.	Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:	3- лактат-ацидоза	
3	Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием сепсиса является:	4- нарушения иммунитета, гомеостаза и гемостаза	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
4	. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования:	1- по аутосомно-рецессивному	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -

			ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
5	Число форм болезни Дауна:	2- две	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	Определение полового хроматина в родильном доме целесообразно применять для экспресс-диагностики пола при:	4- во всех перечисленных случаях	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
7	Синдром тестикулярной феминизации в периоде новорожденности может проявиться:	3- паховой грыжей у девочки	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н.

			Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
8	При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:	4- гнойный менингит	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
9	Адрено-генитальный синдром (АГС) - это заболевание:	3- наследственное	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-

			Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
10	Длительность курса гормональной терапии при аденогенитальном синдроме:	4- пожизненно	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	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,	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	Ионов, О. В. Неотложные состояния у новорожденных детей / Ионов О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5809-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458099.html

<p>стонуций. 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>различных вариантов врожденных пороков сердца, а также ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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</p>	
--	---	--

	5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?	естественное вскармливание.	
2.	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
3	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности,</p>	<p>1. Пузырчатка новорожденных.</p>	<p>Шайтор, В. М. Неотложная нео</p>

<p>вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>натология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm</p>
---	--	--

	<p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>4. Тактика лечения ребенка</p> <p>5. Прогноз?</p>		
4	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p>	<p>1. Пилоростеноз</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html. - Режим доступа : по подписке.</p>

	<p>2. Причины развития заболевания у ребенка?</p> <p>3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра</p> <p>4. Дифференциальная диагностика?</p> <p>5. Принципы лечения</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	
5	<p>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</p>	<p>1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.</p> <p>2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с перинатальным</p>	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>поражением ЦНС, судорожным синдромом, пневмонией, врожденной инфекцией, метаболическими нарушениями.</p> <p>4. При подтверждении диагноза пневмонии необходимо проводить антибактериальную терапию.</p> <p>5. Ребенок нуждается в переводе в палату интенсивной терапии. В плане лечения антибактериальная терапия, оксигенотерапия (по показаниям), симптоматическая инфузионная терапия.</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html</p>
--	--	---	--

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:	4- кровотечениям	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN

			978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
2.	Морфологический характер поражения печени при гепатитах:	4- гипоплазия желчевыводящих путей	
3	Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:	2- жировая дистрофия с участками экстрamedуллярного кроветворения	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5- 9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
4	Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:	3- гирсутизм ушной раковины	Емельянова, Г. А. Детские инфекц ии. Пути распростр анения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704- 1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm <u>1</u>
5	Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения:	2- тетрада Фалло	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:	1- вирус Коксаки	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm <u>1</u>
7	Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:	1- левый желудочек	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека

			<p>врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
8	. Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:	3- одышка, тахикардия, увеличение размеров печени	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
9	Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей:	1- асфиксия в родах	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
10	Характерным признаком кефалогематомы является:	4- отчетливое отграничение по линии черепных швов	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентрикулита	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:	2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н.

			<p>Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm</p>
3	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его. 2. Какие дополнительные исследования надо провести? 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит</p>	

	<p>3. Каков патогенез настоящего заболевания?</p> <p>4. Назначьте и обоснуйте лечение.</p> <p>5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?</p>	<p>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 одновременно 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.</p> <p>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</p>	
--	--	--	--

		<p>билирубина и гемоглобина крови.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
4	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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</p>	<p>1. Пузырчатка новорожденных.</p> <p>2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки.</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.</p> <p>4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.</p> <p>5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный</p>	<p>Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>

	<p>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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 о 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 	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>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.</p> <p>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.</p>	
--	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Может ли неонатолог только на основании данных анамнеза о течении беременности и родов точно определить степень тяжести поражения ЦНС у новорожденного ребенка при первичном осмотре:	2- нет, не может	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	Длительность терапии аминогликозидами у новорожденных, как правило, не должна превышать:	2- 7 дней	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
3	. Эритромицин плохо проникает в:	3- цереброспинальную жидкость	
4	Основной опасностью при применении сульфаниламидов у новорожденных является:	4- риск развития ядерной желтухи	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническа

			<p>яи неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>
5	Профилактикой геморрагической болезни новорожденных является:	3- введение препаратов витамина К	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
6	Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:	1- ВИЧ-инфекция,	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:	4- кровотечениям	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Морфологический характер поражения печени при гепатитах:	4- гипоплазия желчевыводящих путей	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:	2- жировая дистрофия с участками экстрамедуллярного крове	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания

		творения	желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:	3- гирсутизм ушной раковины	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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,	1. Предварительный диагноз: Парез левой руки типа Дюшена-Эрба? Остеомиелит? 2. Дифференциальный диагноз: перелом ключицы, перелом	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. -

<p>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: непрямой – 98 мкмоль/л, прямой – 1,5</p>	<p>плечевой кости, эпифизиолиз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит.</p> <p>3. Нейросонография, рентгенологическое исследование, СРБ, прокальцитонин, ОАК в динамике, биохимический анализ крови.</p> <p>4. После проведения дополнительных методов обследования необходима консультация невропатолога, при диагностировании перелома, остеомиелита – хирурга-ортопеда.</p>	<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm</p>
---	--	--

	<p>мкмоль/л, мочеви́на – 4,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования следует провести? 4. Консультации каких специалистов необходимы? 		
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
3	<p>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</p>	<p>1. Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегето-висцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.</p> <p>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 полностью, в результате чего ослаблена необходимая функциональная слаженность между различными частями пищеварительного тракта.</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>3.Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения дополнительных методов обследования.</p> <p>4. Дифференциальный диагноз проводят с кардиоспазмом, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции, врожденными инфекциями.</p> <p>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.</p>	
--	---	--

	<p>4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>5. Назначьте питание новорожденному.</p>		
4	<p>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. Определости в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, покрашены 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</p>	<p>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.</p> <p>3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.</p> <p>4. Сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ.</p> <p>5. Окулист, невролог, генетик, хирург.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>шелушение в паховых складках кожи. В локтевых складках папулезные элементы. Отрубевидное 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>смеси на основе частично гидролизованного белка.</p>	
--	--	---	--

ПК-1 Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 – число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>

2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в

		<p>родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле</p>	<p>детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
5	<p>Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:</p>	<p>1- вирус Коксаки</p>	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
6	<p>Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:</p>	<p>1- левый желудочек</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

7	. Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:	3- одышка, тахикардия, увеличение размеров печени	
8	Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей:	1- асфиксия в родах	Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html
9	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.
10	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитоновна Л. А. -

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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</p>	<p>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</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>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 Нв 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 		
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 о ОПН для лечения. Согласно данным анамнеза и клинического осмотра в данном случае диагноз должен быть выставлен «пилоростеноз» и 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>ребенок направлен на госпитализацию в хирургическое отделение.</p> <p>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.</p> <p>5. Лечение заболевания только хирургическое. Если ребенок поступает в состоянии дегидратации, проводится инфузионная терапия с</p>	
--	---	--

		целью восполнения, назначается парентеральное питание. После оперативного вмешательства – период реабилитации.	
3	При выявлении у беременной многоводия следует думать:	3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
4	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:	1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

5	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентрикулита	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
---	--	--	--

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
2.	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	

3	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	<p>Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm</p>
4	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
5	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -</p>

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
7	11. Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:	2 - 900 - 1200 мл	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html

8	. Важной функцией околоплодных вод является:	5 - все перечисленное	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
9	К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы:	5 - все перечисленное.	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
10	У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:	3 - глюкозы	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-</p>

		Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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°С, крик раздраженный, гиперестезия,</p>	<p>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, содержащего 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,</p>	<p style="text-align: center;">Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>клоники-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, непрямо – 268 мкмоль/л, прямо – 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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.</p>	
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст :</p>

<p>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: непрямо́й – 270 мкмоль/л, прямо́й – 2,8 мкмоль/л, мочеви́на – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Оцените динамику уровня глюкозы крови у новорожденного? 3. Какие изменения можно выявить при проведении 	<p>патологии новорожденных.</p> <p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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</p>	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>
--	--	--

	<p>ЭхоКГ и ЭКГ-исследования ребенка? 4. Какие осложнения возможны в течении этого заболевания?</p> <p>5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?</p>	<p>введением 10% глюконата кальция. Не прекращается естественное вскармливание.</p>	
3	<p>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 2см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической</p>	<p>1. Фето-фетальная трансфузия</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>5 Тактика мероприятий в отношении второго</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нт – 38%; у 2-го ребенка НЬ 263 г/л, Нт – 78%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.</p> <p>5. Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>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 голени 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Токсическая эритема, мочекишечный инфаркт 2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии органов у новорожденных и грудных детей /</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>патологической убыли массы тела нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
--	---	---	---

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В раннем неонатальном периоде развитию геморрагического синдрома могут способствовать	4- все вышеперечисленные	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
2.	Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:	4- снижение протромбинового комплекса	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm
3	Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:	3- к 3-5 дню жизни	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
4	Наиболее частой причиной анемии при рождении является:	1- кровопотеря	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное

			<p>пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm</p>
5	Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:	2- ниже 145 г/л	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>
6	Для механических желтух типично повышение активности:	4- щелочной фосфатазы	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-</p>

			<p>Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
7	<p>Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:</p>	<p>2-на грудном вскармливании</p>	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
8	<p>Оптимальной тактикой ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании является:</p>	<p>1- подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
9	<p>Патология желудочно-кишечного тракта, наиболее часто встречающаяся у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:</p>	<p>4- некротизирующий энтероколит</p>	
10	<p>Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке,</p>	<p>3- igA</p>	<p>Пропедевти ка детских болезни</p>

	<p>обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей:</p>		<p>й. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm</p>
--	--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:</p>	<p>2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентрикулита</p>	<p>Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	<p>Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:</p>	<p>2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз</p>	<p>Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,</p>

			2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm <u>1</u>
3	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его. 2. Какие дополнительные исследования надо провести? 3. Каков патогенез настоящего заболевания? 4. Назначьте и обоснуйте лечение. 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В случае</p>	

	<p>5. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?</p>	<p>продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов плода, синтез антител переключается преимущественно на образование IgG. При последующих беременностях Rh – положительным плодом, идет одновременно 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.</p> <p>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.</p>	
--	---	--	--

		5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия	
4	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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.</p>	<p>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</p>	<p>Кильдияров Р. а, Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>

	<p>Температура тела 38°C. В анализе крови Нб 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 «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 	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>

	<p>срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном». Лабораторные показатели в норме.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>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.</p> <p>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.</p>	
--	---	--	--

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 – число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm l. - Режим доступа : по подписке.
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm l
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	

4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдияров Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-

			<p>Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>

9	При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующая:	3 - немедленно перевести в соответствующий стационар	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:	2 - не ниже 22-24 °С	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	При оценке состояния доношенного новорожденного ребенка в родильном зале состояние	1.Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа.	Немилова, Т. К. Пороки развития и

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>Состояние после умеренной асфиксии</p> <p>2.Формирование порока начинается на четвертой неделе эмбрионального развития, на этапе закладывания перепонки между брюшной полостью и полостью перикарда плода.</p> <p>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.</p> <p>4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутричерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.</p> <p>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,</p>	<p>заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки</p> <p>у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
--	---	--

	5. Сформулируйте принципы лечения ребенка.	перевод ребенка в хирургическое отделение.	
2.	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
3	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установить желудочный зонд, провести пробу Элефанта 2. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей /</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>3. Верификация - после рентгенологического исследования</p> <p>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.</p> <p>5. Антенатальными признаками атрезии пищевода является отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.</p>	<p>В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
4	<p>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°С. 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</p>	<p>1. Омфалит</p> <p>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.</p> <p>3. Лечение омфалита – назначение антибактериальной терапии.</p>	

	<p>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 отёк 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: Нв - 167 г/л, Эр - 4,0 ×10¹²/л, тромбоциты – 240 ×10⁹ /л, Лейк – 24,4×10⁹ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>4. К признакам интоксикации у данного ребенка относятся: субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания.</p> <p>5. Ребенок после выздоровления, при отсутствии осложнений, относится ко второй группе здоровья</p>	
5	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>прокальцитонин, посев крови.</p> <p>4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)</p> <p>5. Прекращение энтерального вскармливания и полное парентеральное питание</p>	<p>9785970468531.htm 1</p>
--	--	---

	5. Принципы нутритивной поддержки в данной клинической ситуации?		
--	--	--	--

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm . - Режим доступа : по подписке.
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970462133.htm 1
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров Р. Р. Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970460825.htm 1
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970411353.htm 1

6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
9	При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:	3 - немедленно перевести в соответствующий стационар	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:	2 - не ниже 22-24 °С	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Продемонстрируйте этапы первичных реанимационных мероприятий. Обоснуйте показания или противопоказания для 	<p>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 новорожденных с САМ отсутствуют. Кроме того, СРАР при САМ может увеличивать риск развития пневмоторакса. При проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;</p> <p>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.</p> <p>3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.</p> <p>4. Асфиксия средней тяжести. Синдром</p>	<p align="center">Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>интубации трахеи сразу после рождения в родильном зале</p> <p>3. Оцените степень дыхательных нарушений.</p> <p>4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.</p> <p>5. Обоснуйте необходимость проведения ИВЛ через интубационную трубку.</p>	<p>мекониальной аспирации, ДН II-III ст.</p> <p>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 рт ст</p>	
2.	<p>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 непереваренными 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.</p> <p>Вопросы:</p>	<p>1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.</p> <p>2. Ребенок должен восстановить первоначальную массу тела к 12-14 дню жизни.</p> <p>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</p> <p>4. Изменение частоты и характера стула связано с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника. Происходит заселение</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

	<p>1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?</p> <p>2. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?</p> <p>3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?</p> <p>4. С чем связано изменение характера стула?</p> <p>5. Оцените результаты общего анализа крови.</p>	<p>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.</p> <p>5. В ОАК возрастная норма</p>	
3	<p>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 А(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</p>	<p>1. DS: Неонатальная желтуха.</p> <p>2. Гипербилирубинемия.</p> <p>3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по АВО системе.</p> <p>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</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.</p> <p>5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.</p>	
4	<p>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 –</p>	<p>1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.</p> <p>2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.</p> <p>3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.</p> <p>4. Проведение заменного переливания крови и фототерапии под контролем уровня билирубина через 12 часов после заменного переливания крови и</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>4,2×10¹²/л, ретикулоциты – 6%, Лейк – 12,0x10⁹ /л, п/я – 6%, с – 49%, э – 1%, л – 36%, м -8%, СОЭ – 2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная. <u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>далее каждые 24 часа. Увеличение количества жидкости на 20% от физиологической потребности.</p> <p>5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.</p>	
5	<p>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</p>	<p>1.Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.</p> <p>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).</p> <p>3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

<p>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: не прямой – 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Эталон ответа:</p>	<p>проводимой адекватной терапии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
---	--	--

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	На основании клинической картины поставить точный диагноз внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора:	3 - можно лишь в отдельных случаях	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
2.	Интерстициальный тип пневмонии характерен для:	4 - всех перечисленных заболеваний	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
3	Пневноцистную пневмонию следует дифференцировать с:	1 - цитомегаловирусной пневмонией	
4	Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:	4 - интерстициальной	Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,

			<p>2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>
5	В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:	1 - клеточный иммунитет	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
6	Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:	4 - бронхиолит	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html</p>

7	<p>Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:</p>	<p>2 - интерферронообразование</p>	<p>Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html. - Режим доступа : по подписке.</p>
8	<p>Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:</p>	<p>3 - трем неделям</p>	<p>Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html</p>
9	<p>На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы:</p>	<p>4 - все вышеперечисленные</p>	
10	<p>Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:</p>	<p>1-инфекционные заболевания органов дыхания</p>	<p>Кильдияров Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496</p>

		с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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</p>	<p>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, содержащего 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,</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm 1</p>

	<p>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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>пузырчатка новорожденных.</p>	
2.	<p>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 –</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

<p>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: непрямо́й – 270 мкмоль/л, прямо́й – 2,8 мкмоль/л, мочеви́на – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
--	--	--

	<p>возможны в течении этого заболевания?</p> <p>5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?</p>	<p>кальция. Не прекращается естественное вскармливание.</p>	
3	<p>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 2см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нt –</p>	<p>1. Фето-фетальная трансфузия</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>5 Тактика мероприятий в отношении второго ребенка: режим обогреваемой кровати,</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>38%; у 2- го ребенка НЬ 263 г/л, Нт – 78%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. О какой патологии можно думать в данном случае?</p> <p>2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка</p> <p>3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка</p> <p>4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.</p> <p>5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?</p>	<p>дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.</p> <p>5.Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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,</p>	<p>1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)</p> <p>2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.</p> <p>3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза</p> <p>4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными,</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>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 голени 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Токсическая эритема, мочекишный инфаркт 2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет. 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
--	---	---	---

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Подготовка к первичной специализированной аккредитации
специалистов»**

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. -

			<p>Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm</p> <p>1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm</p> <p>1</p>
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	<p>Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный //</p>

			ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное

			<p>пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:	4- щитовидной железы	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-</p>

			Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh- фактору	Москаленко , В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	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	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	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

<p>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 – 4,6×10¹²/л, Ц.п. – 0,94, тромб – 190,0×10⁹/л, Лейк – 10,0×10⁹/л, п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2 мм/час. На 13 день жизни: НЬ – 162 г/л, Эр – 4,6×10¹²/л, Тромб – 130×10⁹/л, Лейк – 17,0×10⁹/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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.</p> <p>4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз</p> <p>5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.</p>	<p>9785970439616.htm 1</p>
---	---	---

<p>2.</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
-----------	--	--	--

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p>	
3	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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, 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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 2см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нт – 38%; у 2-го ребенка НЬ 263 г/л, Нт – 78%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), переливание компонентов крови (эритроцитарной массы).</p> <p>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.</p> <p>5.Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз 2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному ребенку? Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз? 	<p>для верификации диагноза</p> <p>4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
--	--	--

	<p>3. Показана ли ребенку люмбальная пункция?</p> <p>4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.</p> <p>5. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?</p>		
5	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Какие транзиторные состояния выявлены у новорожденного?</p> <p>2. Нужна ли коррекция питания?</p> <p>3. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?</p> <p>4. Нужны ли дополнительные методы обследования?</p> <p>5. Существует ли риск развития анемии у новорожденного?</p>	<p>1. Токсическая эритема, мочекишечный инфаркт</p> <p>2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет.</p> <p>3. Профилактические прививки проводятся в декретированные сроки, противопоказаний нет.</p> <p>4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.</p> <p>5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорожденных и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Может ли неонатолог только на основании данных анамнеза о течении беременности и родов точно определить степень тяжести поражения ЦНС у новорожденного ребенка при первичном осмотре:	2- нет, не может	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Длительность терапии аминогликозидами у новорожденных, как правило, не должна превышать:	2- 7 дней	Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	. Эритромицин плохо проникает в:	3- цереброспинальную жидкость	
4	Основной опасностью при применении сульфаниламидов у новорожденных является:	4- риск развития ядерной желтухи	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа

			<p>яи неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>
5	Профилактикой геморрагической болезни новорожденных является:	3- введение препаратов витамина К	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
6	Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:	1- ВИЧ-инфекция,	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:	4- кровотечениям	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Морфологический характер поражения печени при гепатитах:	4- гипоплазия желчевыводящих путей	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:	2- жировая дистрофия с участками экстрамедуллярного крове	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания

		творения	желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:	3- гирсутизм ушной раковины	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентикулита	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-

			<p>Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	<p>Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:</p>	<p>2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз</p>	<p>Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm</p>
3	<p>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</p>	<p>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 –</p>	

<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>гипербилирубинемия, анемия.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации 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</p>	
--	--	--

		<p>внутренних органов и гипоксии.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
4	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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,</p>	<p>1. Пузырчатка новорожденных.</p> <p>2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки.</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.</p> <p>4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.</p>	<p>Кильдияров Р. а, Р. Поликлиническая я неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>

	<p>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 Нб 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 	<p>5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>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.</p> <p>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</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
---	--	--

		<p>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.</p>	
--	--	--	--

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Хроническая кровопотеря характеризуется:	2- гипохромией эритроцитов и микроцитозом	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:	2- тахикардия	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н.</p>

			Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
3	Бактериemia может обнаруживаться:	4- при всех перечисленных ситуациях	
4	Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:	2- развитием ангиитов и тромбоваскулитов	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
5	Остеомиелиту грамотрицательной этиологии свойственно течение:	2- подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -

			ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Бактериальный венитрикулит клинически проявляется:	4- все ответы правильные	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Специфическим (патогномичным) симптомом сепсиса у новорожденных является:	5- одного специфического симптома для	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н.

		диагностики сепсиса не существует	Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
9	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-

		Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Хроническая кровопотеря характеризуется:	2- гипохромией эритроцитов и микроцитозом	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:	2- тахикардия	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970462133.html
3	Бактериemia может обнаруживаться:	4- при всех перечисленных ситуациях	
4	Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:	2- развитием ангиитов и тромбоваскулитов	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970460825.html
5	Остеомиелиту грамотрицательной этиологии свойственно течение:	2- подострое, без отчетливого артрита и с неявными рентгенологическими признаками	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970411353.html
	Бактериальный венитрикулит клинически проявляется:	4- все ответы правильные	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в

			<p>детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
	Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
	Специфическим (патогномоничным) симптомом сепсиса у новорожденных является:	5- одного специфического симптома для диагностики сепсиса не существует	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В настоящее время наиболее эффективным препаратом для проведения заместительной иммунотерапии при неонатальном сепсисе является:	3- пентаглобин	Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm l
2.	Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:	3- лактат-ацидоза	
3	Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием сепсиса является:	4- нарушения иммунитета, гомеостаза и гемостаза	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5- 9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm l

4	. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования:	1- по аутосомно-рецессивному	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
5	Число форм болезни Дауна:	2- две	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	Определение полового хроматина в родильном доме целесообразно применять для экспресс-диагностики пола при:	4- во всех перечисленных случаях	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm
7	Синдром тестикулярной феминизации в периоде новорожденности может проявиться:	3- паховой грыжей у девочки	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
8	При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:	4- гнойный менингит	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm

			library.ru/book/970406793V0016.html
9	Адрено-генитальный синдром (АГС) - это заболевание:	3- наследственное	Москаленко , В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
10	Длительность курса гормональной терапии при адреногенитальном синдроме:	4- пожизненно	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор- органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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,	1.Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа. Состояние после умеренной асфиксии 2.Формирование порока начинается на	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>четвертой неделе эмбрионального развития, на этапе закладывания перепонки между брюшной полостью и полостью перикарда плода.</p> <p>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.</p> <p>4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутрочерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.</p> <p>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.</p>	<p>стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
---	--	---

2.	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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 (СДПД или ИВЛ), инфузионная терапия. 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
3	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Установить желудочный зонд, провести пробу Элефанта 2. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем 3. Верификация - после рентгенологического исследования 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст :</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
4	<p>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°С. 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°С. Сосет активно, самостоятельно. На 8-е сутки жизни появилась субфебрильная</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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: 	

	<p>температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания. При клиническом обследовании со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не выявлено. Отмечается отёк 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: Нв - 167 г/л, Эр - 4,0 ×10¹²/л, тромбоциты – 240 ×10⁹ /л, Лейк – 24,4×10⁹ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания.</p> <p>5. Ребенок после выздоровления, при отсутствии осложнений, относится ко второй группе здоровья</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)</p> <p>5. Прекращение энтерального и полное парентеральное питание</p>	
---	---	--

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение	

		первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров Р. а, Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте /

			<p>А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm <u>1</u>
9	При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:	3 - немедленно перевести в соответствующий стационар	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:	2 - не ниже 22-24 °С	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
--	--------------------	------------------	----------

Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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</p>	<p>1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.</p> <p>2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.</p> <p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>5. Тактика лечения данного ребенка – посиндромная терапия выявленных</p>	<p style="text-align: right;">Ионов, О. В.</p> <p>Неотложные состояния у новорожденных детей / Ионов О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5809-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458099.htm</p>

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>нарушений.</p> <p>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.</p>	
2.	<p>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 8/8 баллов. Ребенок на грудном вскармливании, мать отмечает прилив молока.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>

	<p>Сегодня 5 день жизни, период адаптации протекал без особенностей.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>плане лечения антибактериальная терапия, оксигенотерапия (по показаниям), симптоматическая инфузионная терапия.</p>	
3	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm</p>

	<p>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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 		
4	<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 о ОПН для лечения. Согласно данным анамнеза и клинического осмотра в данном случае диагноз должен быть выставлен «пилоростеноз» и ребенок направлен на госпитализацию в 	<p>Неонатолог ия: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm l. - Режим доступа : по подписке.</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>хирургическое отделение.</p> <p>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.</p> <p>5. Лечение заболевания только хирургическое. Если ребенок поступает в состоянии дегидратации, проводится инфузионная терапия с целью восполнения, назначается</p>	
---	--	--

		парентеральное питание. После оперативного вмешательства – период реабилитации.	
5	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1</p>

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток	

		(6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н.

			Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html

			library.ru/book/ISBN9785970448021.htm 1
9	При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующая:	3 - немедленно перевести в соответствующий стационар	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:	2 - не ниже 22-24 °С	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		

1.	При выявлении у беременной многоводия следует думать:	3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,	Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.
2.	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:	1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html
3	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении ventрикулита	Кильдиярова, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-

			800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.htm - Режим доступа: по подписке.
4	Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:	2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз	Колесников, А. Н. Детская анестезиология и интенсивная терапия, неотложные состояния в неонатологии : учебное пособие / А. Н. Колесников, С. В. Москаленко, А. Г. Анастасов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-6605-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466056.htm
5	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.	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,	Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm

<p>Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов, в родильном зале было отмечено желтушное окрашивание 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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>гепатоспленомегалия, данных лабораторных методов исследования – гипербилирубинемия, анемия.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации 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,</p>	<p>library.ru/book/ISBN9785970455159.htm 1</p>
---	--	---

		<p>которое приводит к развитию анемии, нарушению функции внутренних органов и гипоксии.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
--	--	---	--

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. -

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970460825.html
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-

			<p>9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	<p>Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:</p>	4- щитовидной железы	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	<p>Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:</p>	1- 60 ккал/кг/сут	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	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	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	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html

	<p>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 покрывкой 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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>определением авидности в парных сыворотках в динамике.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз 5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных. 	
2.	<p>Мальчик, 4 сутки жизни, от матери 34 лет. Беременность вторая (первая – выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во</p>	<p>1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н.</p>

<p>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</p>	<p>сахарным диабетом. Гипогликемия.</p> <p>2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.</p> <p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>5. Тактика лечения данного ребенка – посиндромная терапия выявленных нарушений. Коррекция гипогликемии осуществляется при уровне</p>	<p>Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>
---	--	---

	<p>– 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p>	
3	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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 2см. 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>молоко и смесь для недоношенных новорожденных), переливание компонентов крови (эритроцитарной массы).</p> <p>5 Тактика мероприятий в отношении второго ребенка: режим обогреваемой кроватки, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.</p> <p>5.Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	
---	---	--

5	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Токсическая эритема, мочекислый 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 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
---	--	---	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Детская кардиология»

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с	4 - муковисцидозом	Неонатолог ия: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике	Неонатолог ия : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:	2- врожденная слабость хрящевого каркаса гортани	
4	Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:	3- изменения костей и глазного дна	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническа яи неотложная педиат рия : учебник /

			<p>Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm</p>
5	Экфолиативный дерматит Риттера относится к группе:	3 - стафилококковых пиодермии	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	Образование рубцов на стадии репарации характерно для:	4 - дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>

			library.ru/book/970406793V0046.html
7	В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:	3- геморрагический синдром	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:	1- в первые часы жизни	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:	4- все перечисленные факторы	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной

			стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:	4- во всех перечисленных случаях	Москаленко , В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:	1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М. , Григорьев К. И., Харитоновна Л. А. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5- 9704-2421-6. -

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.htm 1
2.	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении венстрикулита	Кильдияров а, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.htm 1 - Режим доступа: по подписке.
3	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	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 –	

<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>гипербилирубинемия, анемия.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации 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</p>	
--	--	--

		<p>внутренних органов и гипоксии.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
4	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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,</p>	<p>1. Пузырчатка новорожденных.</p> <p>2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки.</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.</p> <p>4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.</p>	<p>Кильдияров Р. а, Р. Поликлиническая я неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>

	<p>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 Нб 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 	<p>5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>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.</p> <p>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</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
---	--	--

		<p>пилорический канал виден редко.</p> <p>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.</p>	
--	--	---	--

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm]. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час.	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н.</p>

		59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров Р. Р. Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. -

			Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при	3 - женской консультации	Володин, Н. Н.

	<p>низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:</p>		<p>Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	<p>При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:</p>	<p>3 - немедленно перевести в соответствующий стационар</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
10	<p>Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:</p>	<p>2 - не ниже 22-24 °С</p>	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых /</p>

			В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p>	<p>1.Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегето-висцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.</p> <p>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 полностью, в результате чего ослаблена необходимая функциональная слаженность между различными частями пищеварительного тракта.</p> <p>3.Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>дополнительных методов обследования.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
--	--	--

<p>2.</p>	<p>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. Определили 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, не прямой – 134 мкмоль/л, общий</p>	<p>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.</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
-----------	---	---	--

	<p>белок – 50,1 г/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л. Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
3	<p>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. Отрубевидное шелушение на волосистой части головы. Слизистые чистые. Грудь сосет достаточно активно. Дыхание</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 гидролизованного белка. 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
4	<p>При выявлении у беременной многоводия следует думать:</p>	<p>3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,</p>	<p>Мельникова , И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
5	<p>Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:</p>	<p>1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи</p>	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М. , Григорьев К. И., Харитоновна Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html
--	--	--	---

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	. Важной функцией околоплодных вод является:	5 - все перечисленное	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
2.	К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы:	5 - все перечисленное.	
3	У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:	3 - глюкозы	Кильдияров Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. -

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
4	Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:	2 - 0,33 г/л	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm
5	У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:	2 - 1000 эритроцитов в 1 мл мочи	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов	3 - инфекция органов мочевой системы	Неотложная помощь новорожденным на

	мочевой системы наиболее часто встречаются:		догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
7	В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:	2 - симптомы интоксикации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
8	Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются:	4 - повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А.

			Новожилов - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
9	При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденному ребенку показано:	2 - хирургическое лечение	Москаленко , В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
10			

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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	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	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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;</p> <p>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.</p> <p>3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.</p> <p>4. Асфиксия средней тяжести. Синдром мекониальной аспирации, ДН II-III ст.</p> <p>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 рт ст</p>	<p>URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
2.	<p>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</p>	<p>1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. -</p>

	<p>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 непереваренными 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>
3	<p>Новорожденная девочка от первой беременности, протекавшей с</p>	<p>1. DS: Неонатальная желтуха.</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки</p>

<p>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 А(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</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>2. Гипербилирубинемия.</p> <p>3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по АВО системе.</p> <p>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, взбухание большого родничка, подергивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходящего солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.</p> <p>5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного</p>	<p>развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
---	--	--

		переливания крови нет.	
4	<p>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. <u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.</p> <p>2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.</p> <p>3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.</p> <p>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.</p> <p>5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

5	<p>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</p>	<p>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,</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
---	---	--	---

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Эталон ответа:</p>	<p>подлежат стандартной диспансеризации на амбулаторном этапе.</p>	
--	---	--	--

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	<p>Неонатолог ия: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentl</p>

			library.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распростр

			<p>анения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704- 1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
6	<p>Дегидратация у новорожденного ребенка может развиться вследствие:</p>	<p>4- всех перечисленных факторов</p>	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	<p>Линейный рост новорожденного ребенка определяется:</p>	<p>2- функцией щитовидной железы</p>	<p>Неотложная помощь новорожде нным на догоспитальномэта пе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5- 9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm 1
8	Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:	4- щитовидной железы	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm 1
9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:		Москаленко В. Д.

		1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	---	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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.</p>	<p>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,</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>масса ребенка находится в коридоре ниже 10 центиля, рост выше 50 центиля</p>	
2.	<p>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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза 3. Тактика ведения ребенка 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка</p> <p>5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?</p>	<p>выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.</p>	
3	<p>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</p>	<p>1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.</p> <p>2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.</p> <p>3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии, поражение ЦНС.</p> <p>4. Хирург, инфекционист.</p> <p>5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>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, не прямой – 74 мкмоль/л, АсАТ – 1,15 ед., АлАТ – 1,94 ед., щелочная фосфатаза – 280 ед./л (норма до 70-140 ед./л).</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
4	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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 инфузионную 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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Пропедевти ка детских болезне й. Руководство к п рактическим занят иям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm l</p>

	<p>патологических примесей. В возрасте 28 часов состояние ребенка тяжелое, срыгивает в объеме 5 мл, с примесью желчи. Выражены беспокойство, мышечная дистония, рефлексы оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 35 138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>определяется индивидуально.</p>	
			<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1</p>
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	

4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:	4- щитовидной железы	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html

9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Матери 32 лет, беременность первая, протекавшая с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды	1. Предварительный диагноз: Парез левой	Неотложная помощь новорожденным на

<p>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 гиперактивность, 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</p>	<p>руки типа Дюшена-Эрба? Остеомиелит?</p> <p>2. Дифференциальный диагноз: перелом ключицы, перелом плечевой кости, эпифизиолиз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит.</p> <p>3. Нейросонография, рентгенологическое исследование, СРБ, прокальцитонин, ОАК в динамике, биохимический анализ крови.</p> <p>4. После проведения дополнительных методов обследования необходима консультация невропатолога, при диагностировании перелома, остеомиелита – хирурга-ортопеда.</p>	<p>догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
--	---	--

	<p>– 1; л – 30%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин: непрямой – 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования следует провести? 4. Консультации каких специалистов необходимы? 		
2.	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
3	<p>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</p>	<p>1. Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегето-висцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.</p> <p>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 полностью, в результате чего ослаблена функциональная</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного? 	<p>слаженность между различными частями пищеварительного тракта.</p> <p>3.Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения дополнительных методов обследования.</p> <p>4. Дифференциальный диагноз проводят с кардиоспазмом, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции, врожденными инфекциями.</p> <p>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.</p>	
--	--	--

	<p>3. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?</p> <p>4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>5. Назначьте питание новорожденному.</p>		
4	<p>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</p>	<p>1. Галактоземия</p> <p>2. Исследование галактозо-1-фосфата и ГФТ в эритроцитах. Моча и кровь на галактозу. Определение истинной глюкозы в крови по методу Самоджи-Нельсона.</p> <p>3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.</p> <p>4. Сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ.</p> <p>5. Окулист, невролог, генетик, хирург.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>– $7,0 \times 10^9$ /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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>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. Отрубевидное 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>смешанном или искусственном вскармливании, назначаются молочные смеси на основе частично гидролизованного белка.</p>	
--	--	---	--

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 – число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания

		недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
5	Назовите наиболее частого возбудителя миокардита у новорожденных детей:	1- вирус Коксаки	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
6	Какой отдел сердца у новорожденных чаще всего поражается при фиброэластозе:	1- левый желудочек	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
7	. Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:	3- одышка, тахикардия, увеличение размеров печени	
8	Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей:	1- асфиксия в родах	Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html
9	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.

10	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М. , Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html
----	--------------------------	----------------	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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,</p>	<p>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.</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>5. Согласно центильным таблицам, масса ребенка находится в коридоре ниже 10 центиля, рост выше 50 центиля</p>	
2.	<p>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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>верификации диагноза 3. Тактика ведения ребенка</p> <p>4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка</p> <p>5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?</p>	<p>диагностироваться внутриутробно. Однако выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.</p>	
3	<p>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),</p>	<p>1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.</p> <p>2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.</p> <p>3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии, поражение ЦНС.</p> <p>4. Хирург, инфекционист.</p> <p>5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>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, не прямой – 74 мкмоль/л, АсАТ – 1,15 ед., АлАТ – 1,94 ед., щелочная фосфатаза – 280 ед./л (норма до 70-140 ед./л).</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
4	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm</p>

	<p>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, рефлексы оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 35 138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>5. Лечение хирургическое, объем вмешательства определяется индивидуально.</p>	
			<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите правильный ответ		
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1</p>
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	

4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	<p>Кильдияров Р. а, Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm</p>
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -</p>

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:	4- щитовидной железы	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html

9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Акушерский диагноз: «Роды вторые, запоздалые на сроке 42 недели. В родах – упорная слабость родовой	1.Начальные действия (30 сек): Пересечение пуповины и перенос	Неотложная помощь новорожденным на

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>ребенка на столик под источник лучистого тепла. Обтирание, удаление пеленок. Подключение датчика пульсоксиметра преддуктально. Необходимо избегать гипоксемии и гиперкапнии, поддерживая сатурацию гемоглобина кислородом (SpO₂) более 95%. Следует помнить, что доказательства эффективности применения CPAP у новорождённых с САМ отсутствуют. Кроме того, CPAP при САМ может увеличивать риск развития пневмоторакса. При проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;</p> <p>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.</p> <p>3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.</p> <p>4. Асфиксия средней тяжести. Синдром мекониальной аспирации, ДН II-III ст.</p> <p>5. Решение вопроса об аппаратной ИВЛ по показателям КОС и/или степени выраженности дыхательной</p>	<p>догоспитальноэтапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
---	---	--

	<p>5. Обоснуйте необходимость проведения ИВЛ через интубационную трубку.</p>	<p>недостаточности: оценка по шкале Доунса более 6 баллов, рСО₂ более 60 мм рт ст</p>	
<p>2.</p>	<p>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 непереваренными 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? 2. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни? 3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? 	<p>1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.</p> <p>2. Ребенок должен восстановить первоначальную массу тела к 12-14 дню жизни.</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

	<p>Необходим ли осмотр хирурга?</p> <p>4. С чем связано изменение характера стула?</p> <p>5. Оцените результаты общего анализа крови.</p>	<p>норме он продолжается в течение первой-второй недели жизни. Экстренной коррекции не требует.</p> <p>5. В ОАК возрастная норма</p>	
3	<p>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 А(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</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<p>1. DS: Неонатальная желтуха.</p> <p>2. Гипербилирубинемия.</p> <p>3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по АВО системе.</p> <p>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</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?</p> <p>3. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?</p> <p>4. Что такое ядерная желтуха?</p> <p>5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?</p>	<p>рук, судороги, симптом заходящее солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.</p> <p>5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.</p>	
4	<p>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 A(II) Rh-положительная. <u>Вопросы:</u></p> <p>1. О каком заболевании можно думать в данном случае?</p>	<p>1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по ABO, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.</p> <p>2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.</p> <p>3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.</p> <p>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.</p> <p>5. Ребенок не подлежит вакцинации против</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>2. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?</p> <p>3. Какие осложнения могут возникнуть при проведении заменного переливания крови?</p> <p>4. Тактика ведения ребенка. Назначьте лечение.</p> <p>5. Схема вакцинации ребенка на первом году жизни?</p>	<p>туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.</p>	
5	<p>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.</p>	<p>1.Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.</p> <p>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).</p> <p>3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне проводимой адекватной терапии.</p> <p>4. Лечение витамин К (викасол) в/м и СЗП в/в. Симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний.</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

<p>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: не прямой – 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Эталон ответа:</p>	<p>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.</p>	
--	--	--

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	. Важной функцией околоплодных вод является:	5 - все перечисленное	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н.

			Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
2.	К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы:	5 - все перечисленное.	
3	У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:	3 - глюкозы	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
4	Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:	2 - 0,33 г/л	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -

			ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
5	У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:	2 - 1000 эритроцитов в 1 мл мочи	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются:	3 - инфекция органов мочевой системы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
7	В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:	2 - симптомы интоксикации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н.

			Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
8	Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются:	4 - повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
9	При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденному ребенку показано:	2 - хирургическое лечение	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-

			Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
10			

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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</p>	<p>1.Церебральная ишемия первой степени, острый период, синдром вегето-висцеральных нарушений. Морфо-функциональная незрелость.</p> <p>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 полностью, в результате чего ослаблена необходимая функциональная слаженность между различными частями пищеварительного тракта.</p> <p>3.Необходима консультация хирурга с целью исключения хирургической патологии после проведения</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>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. <u>Дополнительные данные исследования:</u> 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>дополнительных методов обследования.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
2.	Девочка 21 дней направлена в ОПН участковым педиатром с	1. Галактоземия	Володин, Н. Н.

<p>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,</p>	<p>2. Исследование галактозо-1-фосфата и ГФТ в эритроцитах. Моча и кровь на галактозу. Определение истинной глюкозы в крови по методу Самоджи-Нельсона.</p> <p>3. Сахарный диабет, тромбозы различной этиологии, врожденные инфекции, гликогенозы, НЭК.</p> <p>4. Сахарный диабет у матери, врожденные инфекции, нарушения обмена веществ.</p> <p>5. Окулист, невролог, генетик, хирург.</p>	<p>Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
---	--	---

	<p>натрий – 130 ммоль/л. Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
3	<p>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. Отрубевидное шелушение на волосистой части головы. Слизистые чистые. Грудь сосет достаточно активно. Дыхание проводится по всем полям, 42 в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 гидролизованного белка. 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
4	<p>При выявлении у беременной многоводия следует думать:</p>	<p>3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,</p>	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
5	<p>Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:</p>	<p>1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи</p>	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитоновна Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html
--	--	--	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Инфекционные болезни»

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с	4 - муковисцидозом	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа,

			2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
3	. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:	2- врожденная слабость хрящевого каркаса гортани	
4	Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:	3- изменения костей и глазного дна	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
5	Эксфолиативный дерматит Риттера относится к группе:	3 - стафилококковых пиодермии	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Образование рубцов на стадии репарации характерно для:	4 - дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:	3- геморрагический синдром	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:	1- в первые часы жизни	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-

			<p>Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>
9	<p>К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:</p>	<p>4- все перечисленные факторы</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
10	<p>Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:</p>	<p>4- во всех перечисленных случаях</p>	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

		студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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 –</p>	<p>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.</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>17,0×10⁹ /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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
2.	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
--	--	--

3	<p>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 крепетирующие 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 2см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нт – 38%; у 2- го ребенка НЬ 263 г/л, Нт – 78%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. О какой патологии можно думать в данном случае?</p>	<p>1. Фето-фетальная трансфузия</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>5 Тактика мероприятий в отношении второго ребенка: режим обогреваемой кровати, дыхательная поддержка, инфузионная терапия, организация вскармливания (грудное молоко и</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
---	---	--	---

	<p>2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка</p> <p>3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка</p> <p>4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.</p> <p>5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?</p>	<p>смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.</p> <p>5.Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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.</p>	<p>1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)</p> <p>2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.</p> <p>3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза</p> <p>4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

	<p>3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьей 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.</p> <p>5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери</p>	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
--	--	--	--

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	<p>В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с</p>	4 - муковисцидозом	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:	2- врожденная слабость хрящевого каркаса гортани	
4	Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:	3- изменения костей и глазного дна	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
5	Экфолиативный дерматит Риттера относится к группе:	3 - стафилококковых пиодермии	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения,

			<p>клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	Образование рубцов на стадии репарации характерно для:	4 - дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:	3- геморрагический синдром	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm</p>

			library.ru/book/ISBN9785970439616.htm <u>1</u>
8	Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:	1- в первые часы жизни	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm <u>1</u>
9	К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:	4- все перечисленные факторы	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:	4- во всех перечисленных случаях	Москаленко, В. Д. Профилактика

			<p>алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
--	--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Ионов, О. В. Неотложные состояния у новорожденных детей / Ионов О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5809-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458099.html</p>

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
2.	<p>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</p>	<p>1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.</p> <p>2. Рентгенографию органов грудной клетки,</p>	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>нейросонографию, ОАК</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.</p>
3	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пузырчатка новорожденных. 2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки. 3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, 	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>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 Нб 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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 	<p>эксфолиативным дерматитом Риттера.</p> <p>4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.</p> <p>5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.html</p>
4	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пилоростеноз 2. Заболевание чаще развивается у мальчиков, считается, что предрасполагают к развитию заболевания неблагоприятное 	<p>Неонатолог ия: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-</p>

<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>течение беременности, такие как – болезни эндокринной системы у матери, вирусные заболевания в первом триместре беременности, наследственная предрасположенность.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm . - Режим доступа : по подписке.</p>
---	---	---

		<p>пилорический канал. При пилороспазме привратник закрыт 15–20 мин, после открытия контрастная масса большими порциями переходит в двенадцатиперстную кишку; суженный пилорический канал виден редко.</p> <p>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.</p>	
5	<p>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</p>	<p>1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.</p> <p>2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с перинатальным поражением ЦНС, судорожным синдромом, пневмонией, врожденной инфекцией, метаболическими нарушениями.</p> <p>4. При подтверждении диагноза пневмонии необходимо проводить антибактериальную терапию.</p>	<p>Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html</p>

	<p>48 см. Оценка по Апгар 8/8баллов. Ребенок на грудном вскармливании, мать отмечает прилив молока. Сегодня 5 день жизни, период адаптации протекал без особенностей.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>5. Ребенок нуждается в переводе в палату интенсивной терапии. В плане лечения антибактериальная терапия, оксигенотерапия (по показаниям), симптоматическая инфузионная терапия.</p>	
--	---	--	--

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>

2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1</p>
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	<p>Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5- 9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1</p>
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекц ии. Пути распростр анения, клинические проявления, меры профилактики</p>

			<p>/ Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	<p>Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:</p>	<p>4- всех перечисленных факторов</p>	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	<p>Линейный рост новорожденного ребенка определяется:</p>	<p>2- функцией щитовидной железы</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm</p>

8	Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:	4- щитовидной железы	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения

			наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	При выявлении у беременной многоводия следует думать:	3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,	Мельникова , И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2009 - 672 с. - ISBN 978-5- 9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.
2.	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:	1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М. , Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5- 9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html
3	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентрикулита	Кильдиярова, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.html - Режим доступа: по подписке.
4	Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:	2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз	Колесников, А. Н. Детская анестезиология и интенсивная терапия, неотложные состояния в неонатологии : учебное пособие / А. Н. Колесников, С. В. Москаленко, А. Г. Анастасов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-6605-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970466056.htm 1
5	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>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</p>	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm 1</p>

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
--	--	---	--

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 – число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.)	

		жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г.

			<p>Мокрушина - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970448021.html
9	При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующая:	3 - немедленно перевести в соответствующий стационар	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:	2 - не ниже 22-24 °С	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		

<p>1.</p>	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>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</p>	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm</p>
-----------	--	--	--

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
2.	Новорожденная девочка 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Матери 24 лет, в анамнезе генитальный	1.Врожденная герпесвирусная инфекция,	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальномэта

<p>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%.</p> <p>Вопросы:</p>	<p>герпетический менингоэнцефалит.</p> <p>2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.</p> <p>3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.</p> <p>4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз</p> <p>5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.</p>	<p>пе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm</p>
--	--	--

	<p>1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?</p> <p>2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного?</p> <p>3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?</p> <p>4. Оцените результаты общего анализа крови.</p> <p>5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?</p>		
3	<p>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</p>	<p>1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.</p> <p>2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.</p> <p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
4	<p>Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:</p>	<p>1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи</p>	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М. , Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

			https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.htm 1
5	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентикулита	Кильдияров а, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.htm 1 - Режим доступа: по подписке.

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В настоящее время наиболее эффективным препаратом для проведения заместительной иммунотерапии при неонатальном сепсисе является:	3- пентаглобин	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
2.	Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:	3- лактат-ацидоза	
3	Наиболее значимым дифференциально-диагностическим критерием сепсиса является:	4- нарушения иммунитета, гомеостаза и гемостаза	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
4	. Наследственные нарушения обмена веществ передаются по следующему типу наследования:	1- по аутосомно-рецессивному	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970411353.html
5	Число форм болезни Дауна:	2- две	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
6	Определение полового хроматина в родильном доме целесообразно применять для экспресс-диагностики пола при:	4- во всех перечисленных случаях	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
7	Синдром тестикулярной феминизации в периоде новорожденности может проявиться:	3- паховой грыжей у девочки	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). -

			ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
8	При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:	4- гнойный менингит	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
9	Адрено-генитальный синдром (АГС) - это заболевание:	3- наследственное	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html

			library.ru/book/970408872V0054.html
10	Длительность курса гормональной терапии при аденогенитальном синдроме:	4- пожизненно	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	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.	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	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>рассматриваются так называемые “круглые тени”. Сердце в основном оказывается смещенным вправо. Диафрагмальный купол почти неразличим.</p> <p>4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний: внутрочерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.</p> <p>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.</p>	
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>громкие, ритмичные. ЧСС 160 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +2 см. Отходит меконий.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>5. Перевод в отделение интенсивной терапии, респираторная поддержка (СДПД или ИВЛ), инфузионная терапия.</p>	
3	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите тактику неонатолога 2. Сформулируйте предварительный диагноз 3. Как осуществляется верификация диагноза? 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>4. Принципы лечения ребенка</p> <p>5. Перечислите антенатальные признаки, позволяющие заподозрить заболевание при проведении УЗИ скрининга.</p>	<p>пищевода является отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.</p>	
4	<p>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 отёк 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: Нв - 167 г/л, Эр - 4,0 ×10¹²/л, тромбоциты – 240 ×10⁹ /л, Лейк – 24,4×10⁹ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p>	<p>1. Омфалит</p> <p>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.</p> <p>3. Лечение омфалита – назначение антибактериальной терапии.</p> <p>4. К признакам интоксикации у данного ребенка относятся: субфебрильная температура, вялость, ухудшение аппетита, срыгивания.</p> <p>5. Ребенок после выздоровления, при отсутствии осложнений, относится ко второй группе здоровья</p>	

	<p>2. Какие факторы риска привели к заболеванию?</p> <p>3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии?</p> <p>4. Опишите признаки интоксикации у ребенка?</p> <p>5. К какой группе здоровья относится ребенок?</p>		
5	<p>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</p>	<p>1. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных средней степени тяжести, ателектазы легких. Недоношенность, срок гестации 29 недель.</p> <p>2. Некротизирующий энтероколит.</p> <p>3. Кишечная непроходимость, пневмония, поздний неонатальный сепсис. Для проведения дифференциального диагноза необходимо рентгенологическое исследование, СРБ и прокальцитонин, посев крови.</p> <p>4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)</p> <p>5. Прекращение энтерального вскармливания и полное парентеральное питание</p>	<p>Пропедевти ка детских болезне й. Руководство к п рактическим занят иям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm l</p>

	<p>– 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
--	--	--	--

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Хроническая кровопотеря характеризуется:	2- гипохромией эритроцитов и микроцитозом	Неонатолог ия: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-

			9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:	2- тахикардия	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Бактериемия может обнаруживаться:	4- при всех перечисленных ситуациях	
4	Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:	2- развитием ангиитов и тромбоваскулитов	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm

			library.ru/book/ISBN9785970460825.htm <u>1</u>
5	Остеомиелиту грамотрицательной этиологии свойственно течение:	2- подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm <u>1</u>
	Бактериальный венитрикулит клинически проявляется:	4- все ответы правильные	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
	Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168

			с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm <u>1</u>
	Специфическим (патогномоничным) симптомом сепсиса у новорожденных является:	5- одного специфического симптома для диагностики сепсиса не существует	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm <u>1</u>
	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Хроническая кровопотеря характеризуется:	2- гипохромией эритроцитов и микроцитозом	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm

			1. - Режим доступа : по подписке.
2.	. При острой кровопотере у новорожденного наблюдается:	2- тахикардия	Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Бактериемия может обнаруживаться:	4- при всех перечисленных ситуациях	
4	Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:	2- развитием ангиитов и тромбоваскулитов	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5- 9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
5	Остеомиелиту грамотрицательной этиологии свойственно течение:	2- подострое, без отчетливого артрита и с неяркими рентгенологическими признаками	Емельянова, Г. А. Детские инфекц ии. Пути распростр анения, клинические

			<p>проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	Бактериальный венитрикулит клинически проявляется:	4- все ответы правильные	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970439616.htm 1
8	Специфическим (патогномичным) симптомом сепсиса у новорожденных является:	5- одного специфического симптома для диагностики сепсиса не существует	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm 1
9	Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в клиническом анализе крови являются:	5- всё вышеперечисленное	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	ДВС-синдром для сепсиса:	2- свойственен	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного

			<p>синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	<p>2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза</p> <p>3- да, при присоединении вентрикулита</p>	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:	<p>2- локальные отеки стоп и кистей</p> <p>3- цианоз</p>	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm <u>1</u>
3	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсибилизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В случае продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов</p>	

		<p>плода, синтез антител переключается преимущественно на образование IgG. При последующих беременностях Rh – положительным плодом, идет одновременно 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.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром</p>	
--	--	---	--

		сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия	
4	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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 Нb 160 г/л, эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, СОЭ 15 мм в час, лейкоциты 28</p>	<p>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</p>	<p>Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>

	<p>× 10⁹ /л, п – 5%, с – 49%, э – 1%, л – 40%, м – 5%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 о 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 	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>

	<p>«фонтаном». Лабораторные показатели в норме.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<p>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.</p> <p>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.</p>	
--	---	---	--

ПК-1 Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Может ли неонатолог только на основании данных анамнеза о течении беременности и родов точно определить степень тяжести поражения ЦНС у новорожденного ребенка при первичном осмотре:	2- нет, не может	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Длительность терапии аминогликозидами у новорожденных, как правило, не должна превышать:	2- 7 дней	Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	. Эритромицин плохо проникает в:	3- цереброспинальную жидкость	
4	Основной опасностью при применении сульфаниламидов у новорожденных является:	4- риск развития ядерной желтухи	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническа яи неотложнаяпедиат рия : учебник / Кильдиярова Р. Р.,

			<p>Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm</p>
5	Профилактикой геморрагической болезни новорожденных является:	3- введение препаратов витамина К	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>
6	Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:	1- ВИЧ-инфекция,	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm</p>

			library.ru/book/970406793V0046.html
7	Дети с синдромом TAR составляют группу риска по:	4- кровотечениям	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	Морфологический характер поражения печени при гепатитах:	4- гипоплазия желчевыводящих путей	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Характер поражения печени при диабетической эмбриофетопатии:	2- жировая дистрофия с участками экстрамедуллярного кровеносного течения	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной

			стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Специфическим симптомом диабетической эмбриофетопатии является:	3- гирсутизм ушной раковины	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	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.	1. Врожденная герпесвирусная инфекция, герпетический менингоэнцефалит. 2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-

<p>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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае? 2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного? 	<p>заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.</p> <p>3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.</p> <p>4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз</p> <p>5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.</p>	<p>9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html 1</p>
---	---	---

	<p>3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?</p> <p>4. Оцените результаты общего анализа крови.</p> <p>5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?</p>		
2.	<p>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 –</p>	<p>1. Диагноз: Синдром новорожденного, рожденного от матери с гестационным сахарным диабетом. Гипогликемия.</p> <p>2. У новорожденного ребенка в крови отмечается гипогликемия, которая сохраняется в течение трех суток жизни и на момент перевода ребенка в отделение патологии новорожденных.</p> <p>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.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>

	<p>6,7×10¹²/л, гематокрит 68%. Общий анализ крови на 3-и сутки: НЬ – 222 г/л, Эр – 6,6×10¹²/л, Лейк – 10,2×10⁹/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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
3	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :</p>

	<p>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 2см. 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>гестации 35 недель). ЗВУР по типу гипотрофии. Второй ребенок из двойни.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>5.Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	<p>https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
4	<p>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</p>	<p>1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков</p>

<p>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 голени 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<p>2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.</p> <p>3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза</p> <p>4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	<p>у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>
--	---	--

	<p>1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз</p> <p>2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному ребенку? Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?</p> <p>3. Показана ли ребенку люмбальная пункция?</p> <p>4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.</p> <p>5. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?</p>		
5	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Какие транзиторные состояния выявлены у новорожденного?</p> <p>2. Нужна ли коррекция питания?</p> <p>3. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?</p> <p>4. Нужны ли дополнительные методы обследования?</p>	<p>1. Токсическая эритема, мочекишечный инфаркт</p> <p>2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет.</p> <p>3. Профилактические прививки проводятся в декретированные сроки, противопоказаний нет.</p> <p>4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.</p> <p>5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	5. Существует ли риск развития анемии у новорожденного?		
--	---	--	--

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970462133.htm <u>1</u>
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm <u>1</u>
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm <u>1</u>
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в

			<p>детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>
7	<p>Линейный рост новорожденного ребенка определяется:</p>	<p>2- функцией щитовидной железы</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	<p>Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:</p>	<p>4- щитовидной железы</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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 переносенности. 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Продемонстрируйте этапы первичных реанимационных мероприятий. 2. Обоснуйте показания или противопоказания для 	<p>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 новорожденных с САМ отсутствуют. Кроме того, СРАР при САМ может увеличивать риск развития пневмоторакса. При проведении ИВЛ предпочтительнее использовать пациент-триггерную вентиляцию SIMV;</p> <p>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.</p> <p>3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.</p> <p>4. Асфиксия средней тяжести. Синдром</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>интубации трахеи сразу после рождения в родильном зале</p> <p>3. Оцените степень дыхательных нарушений.</p> <p>4. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.</p> <p>5. Обоснуйте необходимость проведения ИВЛ через интубационную трубку.</p>	<p>мекониальной аспирации, ДН II-III ст.</p> <p>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 рт ст</p>	
2.	<p>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 непереваренными 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.</p> <p>Вопросы:</p>	<p>1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника.</p> <p>2. Ребенок должен восстановить первоначальную массу тела к 12-14 дню жизни.</p> <p>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.</p> <p>Консультация хирурга необходима при подозрении на развитие мастита</p> <p>4. Изменение частоты и характера стула связано с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника.</p> <p>Происходит заселение</p>	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

	<p>1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?</p> <p>2. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?</p> <p>3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?</p> <p>4. С чем связано изменение характера стула?</p> <p>5. Оцените результаты общего анализа крови.</p>	<p>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.</p> <p>5. В ОАК возрастная норма</p>	
3	<p>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 А(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</p>	<p>1. DS: Неонатальная желтуха.</p> <p>2. Гипербилирубинемия.</p> <p>3. В данном случае возможно развитие гемолитической болезни новорожденного, связанной с несовместимостью по ABO системе.</p> <p>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</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>

	<p>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</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.</p> <p>5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для проведения операции заменного переливания крови нет.</p>	
4	<p>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 –</p>	<p>1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по АВО, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.</p> <p>2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.</p> <p>3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.</p> <p>4. Проведение заменного переливания крови и фототерапии под контролем уровня билирубина через 12 часов после заменного переливания крови и</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>4,2×10¹²/л, ретикулоциты – 6%, Лейк – 12,0×10⁹ /л, п/я – 6%, с – 49%, э – 1%, л – 36%, м -8%, СОЭ – 2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh-положительная. <u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>далее каждые 24 часа. Увеличение количества жидкости на 20% от физиологической потребности.</p> <p>5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.</p>	
5	<p>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</p>	<p>1.Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.</p> <p>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).</p> <p>3. Нет, при купировании геморрагического синдрома на фоне</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

<p>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: не прямой – 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Эталон ответа:</p>	<p>проводимой адекватной терапии.</p> <p>4. Лечение витамин К (викасол) в/м и СЗП в/в. Симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний.</p> <p>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.</p>	
---	---	--

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Неонатальная гастроэнтерология»**

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	На основании клинической картины поставить точный диагноз внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора:	3 - можно лишь в отдельных случаях	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
2.	Интерстициальный тип пневмонии характерен для:	4 - всех перечисленных заболеваний	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
3	Пневноцистную пневмонию следует дифференцировать с:	1 - цитомегаловирусной пневмонией	
4	Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:	4 - интерстициальной	Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой.

			<p>- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>
5	В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:	1 - клеточный иммунитет	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
6	Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:	4 - бронхиолит	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

			9785970424216.html
7	Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - интерферронообразование	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html 1. - Режим доступа : по подписке.
8	Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:	3 - трем неделям	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html 1
9	На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы:	4 - все вышеперечисленные	
10	Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:	1-инфекционные заболевания органов дыхания	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р.,

			<p>Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm</p>
--	--	--	---

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	<p>Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	<p>Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN</p>

			978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. ,

			<p>Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>
9	<p>При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:</p>	<p>3 - немедленно перевести в соответствующий стационар</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
10	<p>Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:</p>	<p>2 - не ниже 22-24 °С</p>	<p>Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст :</p>

		электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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°С, 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</p>	<p>1. Врожденная герпесвирусная инфекция, герпетический менингоэнцефалит.</p> <p>2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.</p> <p>3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.</p> <p>4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз</p> <p>5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.</p>	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>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.</p> <p>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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</p>

<p>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: непрямо́й – 270 мкмоль/л, прямо́й – 2,8 мкмоль/л, мочеви́на – 5,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, кальций – 1,02 ммоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>врожденных пороков сердца, а также ишемическое поражение миокарда и нарушение проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	<p>9785970448021.htm 1</p>
--	---	---

3	<p>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 крепетирующие 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 2см. Отходит меконий. Дополнительные данные исследования: При исследовании по cito периферической крови: у 1-го ребенка НЬ 126 г/л, Нт – 38%; у 2- го ребенка НЬ 263 г/л, Нт – 78%.</p> <p><u>Вопросы:</u> 1. О какой патологии можно думать в данном случае?</p>	<p>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</p>	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
---	--	--	---

	<p>2. Сформулируйте предварительный диагноз первого ребенка</p> <p>3. Сформулируйте предварительный диагноз второго ребенка</p> <p>4. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.</p> <p>5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?</p>	<p>вскармливания (грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных), частичное заменное переливание крови.</p> <p>5. Биохимический анализ крови, КОС, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
4	<p>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</p>	<p>1. Ранний неонатальный сепсис. Менингоэнцефалит. Пневмония. Пиелонефрит. Недоношенность (срок гестации 34 недели)</p> <p>2. Посев крови, мочи. ПЦР диагностика. СРБ, прокальцитонин. рентгенография, НСГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ брюшной полости.</p> <p>3. Ребенку показана люмбальная пункция для верификации диагноза</p> <p>4. Комбинация из двух бактерицидных антибиотиков: аминогликозиды и «защищенные» пенициллины. Смена антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры.</p> <p>5. У недоношенных сепсис диагностируется чаще по сравнению с доношенными, характерно подострое течение, в виде септицемии, чаще развитие осложнений.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>горизонтальный нистагм. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Токсическая эритема, мочекишечный инфаркт 2. Необходимости в коррекции питания нет, ребенок находится на грудном вскармливании, патологической убыли массы тела нет. 3. Профилактические прививки проводятся в декретированные 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорожденных и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>сроки, противопоказаний нет.</p> <p>4. Показаний для дополнительного обследования ребенка нет.</p> <p>5. Риск развития анемии у ребенка существует, учитывая наличие анемии тяжелой степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери</p>	<p>студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>
--	--	--	--

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Под младенческой смертностью подразумевают:	3 - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных	<p>Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlib</p>

			library.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Под неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают	3 - число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных	
4	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают как:	3 - отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле	Кильдияров Р. а., Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1

5	Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:	6 - с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:	4 - младенческая смертность	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	Уровень ранней неонатальной смертности определяет	1 - количество недоношенных детей	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm
8	Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:	3 - женской консультации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
9	При возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания врачебная тактика, в отношении больных новорожденных, должна быть следующей:	3 - немедленно перевести в соответствующий стационар	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm

			library.ru/book/970406793V0016.html
10	Температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:	2 - не ниже 22-24 °С	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В раннем неонатальном периоде развитию геморрагического синдрома могут способствовать	4- все вышеперечисленные	Кильдияров Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970460825.htm 1
2.	Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:	4- снижение протромбинового комплекса	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm 1
3	Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:	3- к 3-5 дню жизни	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
4	Наиболее частой причиной анемии при рождении является:	1- кровопотеря	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-

			<p>9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
5	Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:	2- ниже 145 г/л	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
6	Для механических желтух типично повышение активности:	4- щелочной фосфатазы	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
7	Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:	2-на грудном вскармливании	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
8	Оптимальной тактикой ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании является:	1- подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
9	Патология желудочно-кишечного тракта, наиболее часто встречающаяся у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:	4- некротизирующий энтероколит	
10	Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный иммунитет кишечника у новорожденных детей:	3- igA	Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой.

			<p>- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm</p>
--	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:	<p>2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза</p> <p>3- да, при присоединении вентрикулита</p>	<p>Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm</p> <p>1. - Режим доступа : по подписке.</p>
2.	Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:	<p>2- локальные отеки стоп и кистей</p> <p>3- цианоз</p>	<p>Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3.</p> <p>- Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm</p>

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
3	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной сенсibilизации матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В случае продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов плода, синтез антител переключается</p>	

		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
--	--	---	--

4	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, 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, напоненные 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Кильдияров Р. а., Р.Поликлиническая неонатология : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>
---	--	--	---

	<p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p> <p>2. Этиология заболевания?</p> <p>3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?</p> <p>4. Тактика лечения ребенка</p> <p>5. Прогноз?</p>		
5	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<p>1. Пилоростеноз</p> <p>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.</p> <p>3. С диагнозом «пилороспазм» ребенок был направлен о 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.</p> <p>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</p>	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>

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

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
--	--------------------	------------------	----------

Выберите правильный ответ			
1.	Объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:	2- уменьшается	Неонатология:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm - Режим доступа : по подписке.
2.	Выраженной потерей электролитов из плазмы крови сопровождается:	3- рвота и жидкий стул	Неонатология :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm
3	Диурез при первой степени обезвоживания:	1- остается нормальным	
4	Синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:	2- при быстром развитии обезвоживания	Кильдияров а, Р. Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-

			<p>Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html</p>
5	Гипонатриемия у новорожденных детей может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html</p>
6	Дегидратация у новорожденного ребенка может развиваться вследствие:	4- всех перечисленных факторов	<p>Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html</p>

7	Линейный рост новорожденного ребенка определяется:	2- функцией щитовидной железы	<p>Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>
8	Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:	4- щитовидной железы	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html</p>
9	Минимальная потребность здорового новорожденного ребенка в энергии для поддержания основного обмена в первую неделю жизни:	1- 60 ккал/кг/сут	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорожденных в детском возрасте /</p>

			Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Прямая проба Кумбса положительна при:	1- гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	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	1.Начальные действия (30 сек): Пересечение пуповины и перенос ребенка на столик под источник лучистого тепла. Обтирание, удаление пеленок. Подключение датчика пульсоксиметра преддуктально. Необходимо избегать гипоксемии и гиперкапнии,	

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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;</p> <p>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.</p> <p>3. Оценка по шкале Доунса – 6 баллов.</p> <p>4. Асфиксия средней тяжести. Синдром мекониальной аспирации, ДН II-III ст.</p> <p>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 рт ст</p>	
2.	<p>Новорожденная девочка 7 дней, от третьей беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 1-й половине, вторых срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г,</p>	<p>1. Физиологическая убыль первоначальной массы тела, физиологическое шелушение, половой</p>	

<p>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 неперевавленными 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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>криз, транзиторный катар кишечника.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	
--	---	--

3	<p>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 А(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</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ol style="list-style-type: none"> 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 заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела. 5. Лечение – проведение фототерапии. Показаний для
---	---	---

	5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?	проведения операции заменного переливания крови нет.	
4	<p>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 A(II) Rh-положительная. <u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>1. Гемолитическая болезнь новорожденного, несовместимость по ABO, Rh несовместимости, желтушная форма, тяжелой степени.</p> <p>2. Для подтверждения диагноза необходимо провести реакцию Кумбса и определить титр антител в крови.</p> <p>3. Объемная перегрузка, сердечная недостаточность, тромбоцитопения, нейтропения, инфекционные, гипогликемия, гипокальциемия, тромбозы, гипотермия.</p> <p>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.</p> <p>5. Ребенок не подлежит вакцинации против туберкулеза после проведения заменного переливания крови в неонатальном периоде. Проведение профилактических прививок проводится согласно национальному календарю прививок.</p>	

	5. Схема вакцинации ребенка на первом году жизни?		
5	<p>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"),</p>	<p>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</p>	

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? <p>Эталон ответа:</p>	<p>болезнь новорожденных, подлежат стандартной диспансеризации на амбулаторном этапе.</p>	
--	---	---	--

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В раннем неонатальном периоде развитию геморрагического синдрома могут способствовать	4- все вышеперечисленные	Кильдияров Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html
2.	Характерным признаком геморрагической болезни новорожденного является:	4- снижение протромбинового комплекса	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
3	Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:	3- к 3-5 дню жизни	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
4	Наиболее частой причиной анемии при рождении является:	1- кровопотеря	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М.

			Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm
5	Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 1-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:	2- ниже 145 г/л	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm
6	Для механических желтух типично повышение активности:	4- щелочной фосфатазы	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -

			Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
7	Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:	2-на грудном вскармливании	Москаленко , В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
8	Оптимальной тактикой ведения ребенка с полной формой лактазной недостаточности на естественном вскармливании является:	1- подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор- органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
9	Патология желудочно-кишечного тракта, наиболее часто встречающаяся у новорожденных, перенесших асфиксию в родах:	4- некротизирующий энтероколит	
10	Класс иммуноглобулинов, содержащихся в грудном молоке, обеспечивающих местный	3- igA	Пропедевтика детских болезней. Руководство к п

	иммунитет кишечника у новорожденных детей:		практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html
--	--	--	--

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	При выявлении у беременной многоводия следует думать:	3- о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода, 4 - о гемолитической болезни плода,	Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.
2.	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется:	1- удовлетворительным общим состоянием 2- обычным цветом кала и мочи	Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-

			<p>9704-2421-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html</p>
3	<p>Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:</p>	<p>2- да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза 3- да, при присоединении вентрикулита</p>	<p>Кильдияров а, Р. Р. Детские болезни : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7770-0, DOI: 10.33029/9704-5964-5-DB-2021-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477700.html - Режим доступа: по подписке.</p>
4	<p>Наиболее характерный симптом для новорожденных с синдромом Шерешевского-Тернера из перечисленных:</p>	<p>2- локальные отеки стоп и кистей 3- цианоз</p>	<p>Колесников, А. Н. Детская анестезиология и интенсивная терапия, неотложные состояния в неонатологии : учебное пособие / А. Н. Колесников, С. В. Москаленко, А. Г. Анастасов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-6605-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -</p>

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466056.html
5	<p>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 $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>2. По данным обследования выявлена гипербилирубинемия и анемия у доношенного новорожденного ребенка. Необходимо проведение пробы Кумбса для верификации диагноза.</p> <p>3. Вследствие первичной sensibilization матери, обусловленной резус-несовместимостью, происходит образование антител, являющихся IgM. В случае продолжающегося поступления в организм матери эритроцитов плода, синтез антител переключается</p>	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.html</p>

		<p>преимущественно на образование IgG. При последующих беременностях Rh – положительным плодом, идет одновременно 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.</p> <p>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.</p> <p>5. Билирубиновая энцефалопатия, метаболические нарушения, синдром сгущения желчи, ДВС-синдром, анемия</p>	
--	--	---	--

--	--	--	--

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	На основании клинической картины поставить точный диагноз внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора:	3 - можно лишь в отдельных случаях	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
2.	Интерстициальный тип пневмонии характерен для:	4 - всех перечисленных заболеваний	Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html
3	Пневмоцистную пневмонию следует дифференцировать с:	1 - цитомегаловирусной пневмонией	

4	<p>Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:</p>	4 - интерстициальной	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>
5	<p>В защите новорожденного ребенка от вирусных инфекций ведущую роль играет:</p>	1 - клеточный иммунитет	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.</p>
6	<p>Наиболее распространенной клинической формой ОРВИ у новорожденных детей является:</p>	4 - бронхиолит	<p>Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 1. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2421-6. - Текст :</p>

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424216.html
7	Специфическим фактором защиты при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - интерферрообразование	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
8	Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:	3 - трем неделям	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html
9	На фоне ОРВИ у новорожденного ребенка могут развиваться синдромы:	4 - все вышеперечисленные	

10	Укажите наиболее частую причину синдрома внезапной смерти у новорожденных детей:	1-инфекционные заболевания органов дыхания	Кильдияров Р. а, Р.Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm
----	--	--	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>Ионов, О. В. Неотложные состояния у новорожденных детей / Ионов О. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-5809-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458099.htm</p>

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Оцените динамику уровня глюкозы крови у новорожденного? 3. Какие изменения можно выявить при проведении ЭхоКГ и ЭКГ-исследования ребенка? 4. Какие осложнения возможны в течении этого заболевания? 5. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка? 	<p>проводимости. Частым вариантом патологии является легочная гипертензия.</p> <p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
2.	<p>Дежурного врача неонатолога в 24:15 срочно вызывают в палату совместного пребывания, где мать</p>	<p>1. Ухудшение состояния ребенка вызвано</p>	<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. /</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>гипоксией на фоне аспирации молока.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97859704122061.html</p> <p>Раздел 2. Неонатология.</p>
3	<p>Ребенок. Новорожденный ребенок от третьей беременности, вторых родов в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пузырчатка новорожденных. 2. Возбудителями заболевания чаще всего являются стрептококки и стафилококки. 3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с 	<p>Шайтор, В. М. Неотложная неонатология : краткое руководство для врачей / В. М. Шайтор, Л. Д. Панова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с. : ил. -</p>

	<p>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 токсокозом 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 Нб 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Этиология заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Тактика лечения ребенка 5. Прогноз? 	<p>сифилитической пузырчаткой, эпидермолизом, ветряной оспой, эксфолиативным дерматитом Риттера.</p> <p>4. Госпитализация в стационар, изоляция в боксе, антибактериальная терапия, инфузионная терапия при наличии интоксикации, местная терапия.</p> <p>5. При своевременно начатом лечении прогноз благоприятный</p>	<p>320 с. - ISBN 978-5-9704-5515-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455159.htm 1</p>
4	Новорожденный мальчик от второй беременности, протекавшей с	1. Пилоростеноз	Неонатолог ия:национальное

<p>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 признаков 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз 2. Причины развития заболевания у ребенка? 3. Оцените диагноз и тактику участкового педиатра 4. Дифференциальная диагностика? 5. Принципы лечения 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9.</p> <p>Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm</p> <p>1. - Режим доступа : по подписке.</p>
---	---	--

		<p>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.</p> <p>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.</p>	
5	<p>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</p>	<p>1. Ухудшение состояния ребенка вызвано гипоксией на фоне аспирации молока.</p> <p>2. Рентгенографию органов грудной клетки, нейросонографию, ОАК</p> <p>3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с перинатальным поражением ЦНС, судорожным синдромом, пневмонией, врожденной инфекцией,</p>	<p>Неонатолог ия :клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1</p>

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>метаболическими нарушениями.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
--	--	--	--

ПК-1 Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:	2 - 900 - 1200 мл	<p>Неонатолог</p> <p>ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5- 9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentl</p>

			library.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	. Важной функцией околоплодных вод является:	5 - все перечисленное	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы:	5 - все перечисленное.	
4	У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:	3 - глюкозы	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm 1
5	Протеинурия у новорожденных считается патологической при	2 - 0,33 г/л	Емельянова, Г. А. Детские инфекц

	увеличении содержания белка в моче более:		ии. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.html
6	У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:	2 - 1000 эритроцитов в 1 мл мочи	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются:	3 - инфекция органов мочевой системы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. -

			URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:	2 - симптомы интоксикации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются:	4 - повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html

10	При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденному ребенку показано:	2 - хирургическое лечение	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html
----	---	---------------------------	---

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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,	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	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>называемые “круглые тени”. Сердце в основном оказывается смещенным вправо. Диафрагмальный купол почти неразличим.</p> <p>4. Дифференциальный диагноз проводится для исключения следующих патологических состояний:</p> <p>внутричерепных кровоизлияний; врожденных пороков легких; врожденных пороков сердца; ателектаза, атрезии пищевода.</p> <p>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.</p>	
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>мин. Живот мягкий. Печень +2 см. Отходит меконий.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>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.</p> <p>5. Перевод в отделение интенсивной терапии, респираторная поддержка (СДПД или ИВЛ), инфузионная терапия.</p>	
3	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите тактику неонатолога 2. Сформулируйте предварительный диагноз 3. Как осуществляется верификация диагноза? 4. Принципы лечения ребенка 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>5. Перечислите антенатальные признаки, позволяющие заподозрить заболевание при проведении УЗИ скрининга.</p>	<p>отсутствие визуализации желудка или уменьшенный размер желудка в сочетании с многоводием.</p>	
4	<p>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 отёк 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: Нв - 167 г/л, Эр - 4,0 ×10¹²/л, тромбоциты – 240 ×10⁹ /л, Лейк – 24,4×10⁹ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <p>1. Сформулируйте предварительный диагноз</p>	<p>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</p>	

	<p>2. Какие факторы риска привели к заболеванию?</p> <p>3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии?</p> <p>4. Опишите признаки интоксикации у ребенка?</p> <p>5. К какой группе здоровья относится ребенок?</p>		
5	<p>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</p>	<p>1. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных средней степени тяжести, ателектазы легких. Недоношенность, срок гестации 29 недель.</p> <p>2. Некротизирующий энтероколит.</p> <p>3. Кишечная непроходимость, пневмония, поздний неонатальный сепсис. Для проведения дифференциального диагноза необходимо рентгенологическое исследование, СРБ и прокальцитонин, посев крови.</p> <p>4. Развитие некротизирующего энтероколита связано с ишемией кишечника (гестоз, асфиксия при рождении, РДС), и нарушением заселения кишечной микрофлоры (искусственное вскармливание)</p> <p>5. Прекращение энтерального и полного парентерального питания</p>	<p>Пропедевти ка детских болезне й. Руководство к п рактическим занят иям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.htm l</p>

	<p>– 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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
--	--	--	--

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	В связи с феноменом кистообразования в поджелудочной железе цитомегаловирусную инфекцию необходимо дифференцировать с	4 - муковисцидозом	Неонатолог ия:национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-

			9704-4877-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.htm 1. - Режим доступа : по подписке.
2.	Причиной абдоминального синдрома при ОРВИ у новорожденного ребенка является:	2 - репродукция вируса в поджелудочной железе и кишечнике	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.htm 1
3	. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:	2- врожденная слабость хрящевого каркаса гортани	
4	Для врожденного сифилиса помимо специфического поражения печени характерны:	3- изменения костей и глазного дна	Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.htm

			library.ru/book/ISBN9785970460825.htm <u>1</u>
5	Эксфолиативный дерматит Риттера относится к группе:	3 - стафилококковых пиодермии	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411353.htm <u>1</u>
6	Образование рубцов на стадии репарации характерно для:	4 - дистрофической формы врожденного буллезного эпидермелиза	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи чаще встречаются симптомы:	3- геморрагический синдром	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168

			с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.htm <u>1</u>
8	Новорожденным детям от матерей-носительниц HBs-антигена с профилактической целью показано введение специфического иммуноглобулина в следующие сроки:	1- в первые часы жизни	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm <u>1</u>
9	К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:	4- все перечисленные факторы	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант

			студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:	4- во всех перечисленных случаях	Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Дайте развернутый ответ			
1.	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	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.	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>library.ru/book/970406793V0016.html</p>
2.	<p>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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 Е, перевод в отделение кардиохирургии. 4. Закрытие открытого артериального протока при отсутствии ДМЖП или ДМПП вызывает 	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорожденных / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>1. Предварительный диагноз?</p> <p>2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза?</p> <p>3. Тактика ведения ребенка</p> <p>4. Назовите причины, которые привели к ухудшению состояния ребенка</p> <p>5. Возможна ли антенатальная диагностика данного состояния?</p>	<p>нарастание сердечной недостаточности.</p> <p>5. Транспозиция магистральных артерий является пороком сердца, который должен диагностироваться внутриутробно. Однако выявляемость этого порока антенатально не превышает 75%.</p>	
3	<p>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,</p>	<p>1. Врожденный порок развития, атрезия желчных протоков.</p> <p>2. К формированию порока приводит действие различных неблагоприятных факторов в первом триместре беременности, чаще всего это следствие врожденной инфекции.</p> <p>3. Возможно развитие печеночной недостаточности, геморрагического синдрома, инфекционных осложнений, анемии, поражение ЦНС.</p> <p>4. Хирург, инфекционист.</p> <p>5. Для дифференциальной диагностики необходимы: биохимический анализ крови, исследование мочи на уробилин, исследование кала на стеркобилин, УЗИ печени и желчного пузыря, гепатосцинтиграфия.</p>	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>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).</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
4	<p>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.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	

	<p>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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>по рекомендации ортопеда или при развитии осложнений показан перевод в ОПН</p>	
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Пропедевтика детских болезней. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. А. С. Калмыковой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-6853-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468531.html</p>

	<p>инфузионную 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, рефлексы оживлены. Дыхание проводится по всем полям, 46 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные 35 138 в минуту. Живот вздут, доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5см. Мочится. Меконий отходит. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. При проведении рентгенологического исследования: симптом «двойного пузыря».</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>парентеральное питание, перевод в хирургический стационар</p> <p>5. Лечение хирургическое, объем вмешательства определяется индивидуально.</p>	
			<p>Мельникова, И. Ю. Детские болезни. Том 1. / Под ред. И. Ю. Мельниковой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с. - ISBN 978-5-9704-1217-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentl</p>

			library.ru/book/ISBN97859704122061.html Раздел 2. Неонатология.
--	--	--	--

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания закрытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите правильный ответ			
1.	Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:	2 - 900 - 1200 мл	Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - Краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4877-9. - Текст электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://prior.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448779.html . - Режим доступа : по подписке.
2.	. Важной функцией околоплодных вод является:	5 - все перечисленное	Неонатология : клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6213-3. - Текст электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN

			9785970462133.htm 1
3	К группе высокого риска развития гестоза относятся следующие факторы:	5 - все перечисленное.	
4	У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:	3 - глюкозы	Кильдияров а, Р. Р. Поликлиническая неотложная педиатрия : учебник / Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-6082-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970460825.htm 1
5	Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:	2 - 0,33 г/л	Емельянова, Г. А. Детские инфекции. Пути распространения, клинические проявления, меры профилактики / Емельянова Г. А., Мякенькая Т. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - ISBN 978-5-9704-1135-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN/9785970411353.htm 1

6	У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:	2 - 1000 эритроцитов в 1 мл мочи	Дронов, А. Ф. Гематогенный остеомиелит в детском возрасте / А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов, О. Г. Мокрушина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0046.html
7	В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются:	3 - инфекция органов мочевой системы	Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html
8	В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:	2 - симптомы интоксикации	Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н. , Дегтярев Д. Н. , Дегтярева А. В. , Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст :

			электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.html
9	Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной недостаточности у новорожденных детей являются:	4 - повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови	Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной стенки у новорождённых в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html
10	При олигурии вследствие обструктивной уropатии новорожденному ребенку показано:	2 - хирургическое лечение	Москаленко, В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html

Задания открытого типа

	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Дайте развернутый ответ		
1.	<p>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°С, 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</p>	<p>1. Врожденная герпесвирусная инфекция, герпетический менингоэнцефалит.</p> <p>2. Антенатально плод чаще всего заражается трансплацентарно или интранатально. После родов возможно заражение ребенка при контакте с больным персоналом, осуществляющим уход за ребенком.</p> <p>3. Для верификации диагноза необходимо провести исследование ликвора, содержимого везикул вирусологическим методом и ПЦР. Проведение ИФА с определением авидности в парных сыворотках в динамике.</p> <p>4. В общем анализе крови в динамике тромбоцитопения, лимфоцитоз</p> <p>5. Менингит, энцефалит, гепатит, везикулопустулез, ветряная оспа, пузырчатка новорожденных.</p>	<p align="center">Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе : учебное пособие / С. М. Безроднова и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3961-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439616.html</p>

	<p>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%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
2.	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Володин, Н. Н. Желтухи новорожденных / Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н., Дегтярева А. В., Нароган М. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 8213 с. - (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-4802-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448021.htm</p>

	<p>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.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>4. К возможным осложнениям относятся поражение ЦНС, в том числе гипоксического и травматического генеза, развитие метаболических нарушений, нарушение функции печени, развитие геморрагического синдрома.</p> <p>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.</p>	
3	<p>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,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фето-фетальная трансфузия 2. Асфиксия умеренной степени. РДС недоношенных легкой степени. Синдром фето- 	<p>Немилова, Т. К. Пороки развития и заболевания желудочно-кишечного тракта и передней брюшной</p>

<p>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 крепетирующие 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 2см. 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%.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>5.Биохимический анализ крови, КОС,</p>	<p>стенки у новорожденных в детском возрасте / Т. К. Немилова, С. А. Караваева, О. Г. Мокрушина, В. А. Новожилов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0016.html</p>
--	--	---

	<p>5. Какой объем дополнительных исследований необходимо провести?</p>	<p>ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, нейросонография, ЭХО-КС, ОАК в динамике, ОАМ.</p>	
<p>4</p>	<p>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 голени 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 –</p>	<p>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.</p>	<p>Москаленко В. Д. Профилактика алкогольного синдрома у плода и синдрома лишения наркотиков у новорождённых / В. Д. Москаленко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408872V0054.html</p>

	<p>50%, л – 17%, м – 4%, СОЭ – 30 мм/час. Кисотно-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.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 		
5	<p>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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Токсическая эритема, мочекишлый 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 тяжелой 	<p>Чистякова, В. Р. Клиническое значение анатомии и физиологии лор-органов у новорождённых и грудных детей / В. Р. Чистякова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970408476V0001.html</p>

	<p>пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета. Ребенок на грудном вскармливании.</p> <p><u>Вопросы:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 	<p>степени у матери и неадекватную коррекцию анемии у матери</p>	
--	---	--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)</p>	<p>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</p> <p>61 – 75 76– 90 91 – 100</p>

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 13:46 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C