

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

Ученым советом ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России
«23» мая 2022 г. Протокол №-11

Председатель ученого совета,
ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России

_____ Д.О. Иванов

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.18 – «НЕОНАТОЛОГИЯ»**

уровень подготовки кадров высшей квалификации
Нормативный срок обучения – 2 года

Форма обучения
очная

Санкт-Петербург
2022 г.

Разработчики:

И.о. заведующая кафедрой,

к.м.н., доцент

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Л.А.Федорова

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Л.Н.Софронова

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Неонатологии и неонатальной реаниматологии ФП и ДПО

название кафедры

« _____ »

2017 г., протокол заседания № _____

И.о. заведующая кафедрой

Неонатологии и неонатальной реаниматологии ФП и
ДПО

название кафедры

К.м.н., Доцент

(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Л.А.Федорова

(расшифровка)

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

№ п/п	Номер / индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
Универсальные компетенции					
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	иметь понятие о врачебной этике и деонтологии, факторах, определяющих личность и профессионализм врача; основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать эффективную, сплочённую команду профессиональных специалистов, способных решать широкий спектр вопросов в организации, диагностике и лечении детей с различными заболеваниями	основами педагогики и психологии
3	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной	составные части гуманизационного образования, компетентного подхода в образовании, профильного обучения	внедрять в педагогическую практику новые методики, технологии и программы.	современными педагогическими методами и технологиями

		власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения			
Профессиональные компетенции					
профилактическая деятельность					
4	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска
5	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми	основные вопросы патологии внутренних органов и систем у детей	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
6	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	основы эпидемиологии; особенности эпидемического процесса; основы организации радиобиологической защиты детского населения; основы организации медицинской	организовать противоэпидемические мероприятия; режимно-ограничительные мероприятия; ветеринарно-санитарные и дератизационные мероприятия	понятием о качестве и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий; системой регистрации инфекционных больных

			службы при чрезвычайных ситуациях		
7	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей	основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья детского населения; основы медицинского страхования и деятельности медицинского учреждения в условиях страховой медицины	проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья детей, характеризующих состояние их здоровья	методиками, социально-гигиенического мониторинга; методами статистической оценки данных
диагностическая деятельность					
8	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	основы ультразвукового исследования внутренних органов с учетом современных представлений о патологии; основы международной классификации болезней.	рассчитывать основные параметров и их производные в оптимальном режиме исследования	навыками обследования большого ребёнка
лечебная деятельность					
9	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	этиологию, патогенез и клинику основных заболеваний в соответствующей области применения методов исследования различных систем организма особенности организации помощи больным детям в специализированных стационарах	определять показания и целесообразность к проведению ультразвукового и других методов лучевых исследований; выбирать адекватные методы исследования	навыками для выполнения отдельных диагностических процедур, методиками проведения диагностических и лечебных вмешательств у детей с различными врожденными и приобретенными заболеваниями
10	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том	особенности организации экстренной помощи больным детям с острыми	эффективно организовать работу отделений и служб медицинского подразделения	навыками диагностики и лечения острой патологии внутренних органов у детей

		числе участию в медицинской эвакуации	заболеваниями и различными травмами		
реабилитационная деятельность					
11	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма	учесть деонтологические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации
психолого-педагогическая деятельность					
12	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основы первичной профилактики заболеваний и санаторно-просветительной работы	проводить систематическое обучение, включающее ознакомление с теоретическими основами общей патологии	основами педагогики; навыками работы с детьми, родителями и членами их семей
организационно-управленческая деятельность					
13	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания детей, их родителей, и трудовой деятельности медицинского персонала	опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей
14	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

15	ПК-12	готовность к оказанию медицинской помощи детям при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	основы организации и тактики специализированных подразделений медицинской службы в чрезвычайных ситуациях, боевых действиях	организовать эффективную медицинскую сортировку больных детей	навыками по оказанию плановой и неотложной помощи
----	-------	--	---	---	---

ПАСПОРТФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1 «Неонатология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»	УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-4 ПК-9 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
3.	Б.1Б.3 «Педагогика»	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
4	Б.1Б.4 «Патологическая анатомия»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
5	Б.1Б.5 «Патологическая физиология»	УК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
6	Б.1Б.6 «Медицина чрезвычайных ситуаций»	УК-1 ПК-3 ПК-7 ПК-12	- тесты	- тестирование
7	Б.1.В.ОД.1 «Педиатрия»	УК-1 ПК-1 ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование

		ПК-6 ПК-8		
8	Б.1.В.ОД.2 «Симуляционный курс»	УК-1 ПК-3 ПК-6 ПК-7 ПК-12	- задачи	- устно
9.	Б.1.В.ДВ.1 «Медицинская психология и деонтология»	УК-1 УК-2 ПК-9	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
10.	Б.1.В.ДВ.2 «Основы медицинской статистики»	УК-1 ПК-4 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
11.	Б.2.1 Производственная практика (базовая часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
12.	Б.2.2 Производственная практика (вариативная часть)	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для государственной итоговой аттестации по дисциплине «Неонатология»

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-001-200 2-001-375	1-11	1-25	1-37
2.	УК-2	1-001-200 2-001-375	1-11	1-25	1-37
3.	УК-3	1-001-200 2-001-375	1-11	1-25	1-37
4.	ПК-1	1-001-120 2-001-112	1-19	1-25	1-37
5.	ПК-2	1-001-150 2-001-100	47-50	1-5	1-10
6.	ПК-3	1-001-200	47-50	1-5	1-10

		2-001-375			
7.	ПК-4	1-001-200 2-001-375	47-50	1-5	1-10
8.	ПК-5	1-001-200 2-001-375	47-50	18-23	1-10
9.	ПК-6	1-001-200 2-001-375	81-97 100-112	18-23	1-10
10.	ПК-7	1-001-200 2-001-375	81-97 100-112	18-23	1-10
9.	ПК-8	1-001-200 2-001-375	81-97 100-112	18-23	28-31
8.	ПК-10	1-001-200 2-001-375	1-9	1-25	1-37
9.	ПК-11	1-001-200 2-001-375	1-9	1-25	1-37
10.	ПК-12	1-001-200 2-001-375	1-9	1-25	1-37

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

Модуль 1.

001. К какому классу иммуноглобулинов относятся резус-антитела, продуцируемые в организме матери и циркулирующие у плода?
- а) IgA
 - б) IgM
 - в) IgG
 - г) IgE
002. С какого месяца внутриутробного развития плод способен вырабатывать антитела при встрече с антигеном?
- а) с 3-4 месяцев

- б) с 5-6 месяцев
 - в) с 7-8 месяцев
 - г) с 9 месяцев
003. Для врожденной краснухи характерно следующее осложнение:
- а) хориоретинит
 - б) катаракта
 - в) миокардит
 - г) геморрагический синдром
004. Для врожденного токсоплазмоза наиболее характерны:
- а) хориоретинит
 - б) катаракта
 - в) миокардит
 - г) геморрагический синдром
005. Для врожденной герпетической инфекции характерны
- а) хориоретинит
 - б) катаракта
 - в) миокардит
 - г) геморрагический синдром
006. Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Коксаки В, характерно следующее осложнение
- а) хориоретинит
 - б) катаракта
 - в) миокардит
 - г) геморрагический синдром
007. Какой вес имеет плацента при доношенной беременности
- а) 450-500 г
 - б) 800-900 г
 - в) 1000-1100 г
 - г) 1200-1300 г
008. Какими особенностями характеризуется система гемостаза плода?
- а) снижением активности прокоагулянтов
 - б) недостаточной функциональной активностью тромбоцитов
 - в) низким фибринолитическим потенциалом крови
 - г) всеми перечисленными особенностями
009. Что является основным источником энергии для растущего плода?
- а) аминокислоты
 - б) углеводы
 - в) жиры
 - г) нуклеиновые кислоты
010. Правомочен ли диагноз "внутриутробное инфицирование"?
- а) да
 - б) нет
 - в) в некоторых случаях
 - г) только когда известен анамнез
011. В каком сроке беременности наиболее опасно заболевание женщины краснухой?
- а) на 1-м месяце
 - б) на 4-м месяце
 - в) на 8-м месяце
 - г) в любом сроке

012. Когда чаще всего появляются симптомы поражения печени у новорожденных с внутриутробным сепсисом?
- а) сразу после рождения
 - б) на первой неделе жизни
 - в) на второй неделе жизни
 - г) на втором месяце жизни
013. Какое из перечисленных заболеваний женщины во время беременности оказывает наиболее неблагоприятное влияние на плод?
- а) токсикоз 1-й половины беременности
 - б) гестоз
 - в) анемия
 - г) острые респираторные вирусные инфекции
014. Каков путь инфицирования плода при врожденном сифилисе?
- а) через половые клетки матери или отца
 - б) гематогенный (через плаценту)
 - в) при прохождении плода по родовым путям
 - г) все ответы правильные
015. В каком возрасте чаще бывают преждевременные роды у первородящих женщин?
- а) до 18 лет
 - б) до 25 лет
 - в) до 30 лет
 - г) одинаково часто в любой из перечисленных возрастных групп
016. При какой внутриутробной инфекции чаще всего наблюдается конъюнктивит?
- а) при токсоплазмозе
 - б) при микоплазмозе
 - в) при хламидиозе
 - г) при цитомегалии
017. Какая из внутриутробных инфекций вызывает кистозный фиброз поджелудочной железы?
- а) токсоплазмоз
 - б) листереллез
 - в) цитомегалия
 - г) все ответы правильные
018. С какого месяца беременности чаще всего происходит заражение плода сифилисом?
- а) с 3-го
 - б) с 4-го
 - в) с 5-го
 - г) с 6-го
019. На какой неделе внутриутробного развития почки начинают выделять гипотоническую мочу?
- а) на 4-5-й неделе
 - б) на 6-7-й неделе
 - в) на 7-8-й неделе
 - г) на 9-10-й неделе
020. Какой из перечисленных факторов оказывает наиболее неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода в первые 2 месяца беременности?
- а) повышенные физические нагрузки

- б) вирусные инфекции
 - в) неправильное питание
 - г) токсокоз 1-й половины беременности
021. Какая из перечисленных причин чаще приводит к преждевременным родам?
- а) инфекционные заболевания во время беременности
 - б) токсокоз 1-й половины беременности
 - в) анемия
 - г) психические травмы
022. К какой патологии чаще всего приводит влияние различных вредностей в первые два месяца беременности?
- а) к развитию дистрофических и некротических процессов
 - б) к развитию воспалительных процессов
 - в) к формированию пороков развития
 - г) к патологии иммунной системы
023. Что является наиболее частой причиной смерти новорожденного ребенка с хронической трансплацентарной кровопотерей?
- а) асфиксия
 - б) декомпенсация сердечной деятельности
 - в) тяжелые метаболические нарушения
 - г) гиповолемический шок
024. В каких случаях показано введение женщине антирезусного гаммаглобулина после родов?
- а) при отсутствии сенсибилизации до данных родов
 - б) при отсутствииотягощенного анамнеза
 - в) только при первых родах
 - г) все ответы правильные
025. При выявлении у беременной многоводия следует подумать
- а) о внутриутробной гипоксии плода
 - б) об антенатальной гибели плода
 - в) о внутриутробной инфекции
 - г) о перенашивании
026. В какие сроки внутриутробного развития у плода начинает функционировать кишечник?
- а) 11-15 недель
 - б) 16-20 недель
 - в) 21-25 недель
 - г) 26-30 недель
027. В каком сроке чаще всего происходит прерывание беременности при предшествующих абортах?
- а) до 28 недель
 - б) 28-30 недель
 - в) 31-32 недели
 - г) 33-34 недели
028. Какое количество околоплодных вод должно быть к концу физиологической беременности?
- а) 500-800 мл
 - б) 900-1200 мл
 - в) 1300-1600 мл
 - г) 1700-2000 мл

029. В каком случае происходит внутриутробное заражение плода токсоплазмозом?
- при длительном вяло текущем инфекционном процессе
 - при обострении хронического процесса
 - при остром заболевании женщины во время беременности
 - при кратковременном контакте с источником инфекции
030. В какой группе детей наиболее часто можно наблюдать внутриутробную аспирационную пневмонию?
- у недоношенных новорожденных
 - у переношенных новорожденных
 - у детей с внутриутробной гипотрофией
 - у детей, маленьких к гестационному возрасту
031. В каком случае в крови беременной женщины резко увеличивается содержание фетального гемоглобина?
- при фетоматеринской трансфузии крови
 - при тяжелой анемии плода
 - при хронической внутриутробной гипоксии
 - все ответы правильные
032. У каких женщин чаще рождаются дети с пороками развития?
- у женщин с анемией беременных
 - у женщин старше 35 лет
 - у женщин с токсикозом 2-й половины беременности
 - у женщин с многократными абортами в анамнезе
033. Какой фактор в большей степени определяет клиническую картину при внутриутробных инфекциях?
- сроки внутриутробного поражения
 - токсичность возбудителя
 - путь проникновения инфекции
 - состояние реактивности организма плода
034. Какие факторы имеют диагностическую значимость для выявления внутриутробного листериоза?
- контакт матери с животными
 - гипертермия с ознобом и явления цистита во время беременности
 - наличие у новорожденного пятнисто-папулезной или петехиальной сыпи
 - все перечисленные факторы
035. Какая из перечисленных причин наиболее часто приводит к перенашиванию?
- хронические экстрагенитальные заболевания женщин
 - гинекологические заболевания
 - эндокринные нарушения в организме женщины
 - острые инфекционные заболевания во время беременности
036. Как влияет заболевание сахарным диабетом матери на состояние инсулярного аппарата у плода?
- тормозит функцию клеток инсулярного аппарата плода
 - активирует клетки инсулярного аппарата
 - приводит к атрофии инсулярного аппарата
 - не оказывает никакого влияния
037. Диагноз "внутриутробное инфицирование" можно поставить
- при наличии у ребенка инфекционного токсикоза с 1-го дня жизни
 - при выявлении инфекционного очага в первые 3 дня жизни

- в) при наличии соответствующих анамнестических данных
 - г) такого диагноза не существует
038. Какой путь инфицирования преобладает при бактериальных внутриутробных инфекциях?
- а) трансплацентарный
 - б) нисходящий
 - в) смешанный
 - г) восходящий
039. В каком периоде чаще всего происходит заражение плода при внутриутробных грибковых инфекциях?
- а) эмбриональном
 - б) фетальном
 - в) интранатальном
 - г) во все периоды с одинаковой частотой
040. Самым эффективным методом диагностики внутриутробной гипоксии плода и профилактики синдрома аспирации мекония является
- а) аускультация сердцебиения плода
 - б) амниоскопия
 - в) кардиотокография
 - г) ультразвуковая фетометрия
041. При физиологической беременности меконий удерживается в кишечнике плода благодаря
- а) мекониевой пробке
 - б) высокому тону анального сфинктера
 - в) отсутствию перистальтики кишечника
 - г) всем перечисленным факторам
042. Транспорт кислорода от матери к плоду определяется
- а) материнско-фетальным градиентом P_{aO_2}
 - б) высокой концентрацией фетального гемоглобина у плода
 - в) большим сродством фетального гемоглобина к кислороду
 - г) всеми перечисленными факторами
043. Эмбрион становится плодом
- а) с 5-6-й недели внутриутробного развития
 - б) с 7-8-й недели внутриутробного развития
 - в) с 11-12-й недели внутриутробного развития
 - г) с 15-16-й недели внутриутробного развития
044. Функциями плаценты являются
- а) питательная и экскреторная
 - б) дыхательная и эндокринная
 - в) барьерная и иммунологической защиты
 - г) все перечисленные
045. Транспорт различных веществ через плаценту является
- а) пассивным
 - б) активным
 - в) ни пассивным, ни активным
 - г) верно а) и б)
046. Максимальная прибавка в весе при неосложненном течении беременности не должна превышать
- а) 10% от веса женщины до беременности

- б) 15% от веса женщины до беременности
 - в) 20% от веса женщины до беременности
 - г) 25% от веса женщины до беременности
047. Объем циркулирующей крови у беременной женщины
- а) постоянно увеличивается до 40 недель гестации
 - б) увеличивается, достигая максимума к 35 неделям, затем не меняется до наступления родов
 - в) увеличивается до 35 недель, затем умеренно снижается к моменту родов
 - г) постоянно уменьшается до 40 недель гестации
048. Как изменяется величина сердечного выброса у беременной женщины?
- а) никак не меняется
 - б) постепенно увеличивается к моменту родов
 - в) быстро увеличивается до 12 недель гестации, сохраняется на достигнутом уровне до наступления родов, во время родов вновь увеличивается
 - г) быстро увеличивается до 12 недель гестации, затем уменьшается к моменту родов, в родах вновь резко возрастает
049. Причиной развития артериальной гипотензии у беременной женщины в положении лежа на спине является
- а) давление беременной матки на брюшную аорту
 - б) давление беременной матки на нижнюю полую вену
 - в) резкое ограничение экскурсии диафрагмы
 - г) все ответы правильные
050. Система гемостаза у беременной женщины претерпевает следующие изменения
- а) уровень фибриногена и тромбоцитов увеличивается
 - б) уровень фибриногена и тромбоцитов снижается
 - в) уровень фибриногена увеличивается, продукция тромбоцитов снижается
 - г) уровень фибриногена уменьшается, продукция тромбоцитов возрастает
051. Изменения функционального состояния почек у беременной женщины заключаются
- а) в увеличении почечного кровотока и скорости клубочковой фильтрации
 - б) в уменьшении почечного кровотока и скорости клубочковой фильтрации
 - в) в увеличение клиренса эндогенного креатинина
 - г) верно а) и в)
052. Движение плода первобеременная женщина обычно начинает ощущать
- а) с 16-17 недель
 - б) с 18-20 недель
 - в) с 21-22 недель
 - г) с 23-24 недель
053. Патологическими цифрами системного артериального давления во время беременности следует считать
- а) 110/50 мм рт. ст. и выше
 - б) 120/60 мм рт. ст. и выше
 - в) 130/80 мм рт. ст. и выше
 - г) 140/90 мм рт. ст. и выше
054. Опасность большой прибавки в весе во время беременности

- заключается в возможном развитии
- а) артериальной гипертензии
 - б) преэклампсии
 - в) синдрома задержки развития плода
 - г) все ответы правильные
055. Маленькая прибавка в весе во время беременности может быть связана с риском рождения
- а) недоношенного ребенка
 - б) незрелого ребенка
 - в) ребенка маленького к гестационному возрасту
 - г) все ответы правильные
056. Курение женщины во время беременности может привести к рождению
- а) недоношенного ребенка
 - б) ребенка с внутриутробной гипотрофией
 - в) ребенка маленького к гестационному возрасту
 - г) все ответы правильные
057. Можно ли продолжать половую жизнь во время беременности здоровой молодой женщине с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом при неосложненном течении беременности?
- а) нельзя
 - б) можно только до 12 недель
 - в) можно только до 32 недель
 - г) можно до 40 недель
058. Из числа внутриутробно инфицированных детей заболевают
- а) 100%
 - б) 50-60%
 - в) 20-40%
 - г) 10-14%
059. Внутриутробное инфицирование при гонококковой инфекции происходит
- а) при прохождении плода через родовые пути
 - б) восходящим путем в антенатальном периоде
 - в) гематогенным путем
 - г) нисходящим путем
060. Для диагностики внутриутробного листериоза у новорожденного ребенка имеют значение
- а) контакт матери с животными
 - б) повышение температуры с ознобом и явления пиелита у матери во время беременности
 - в) наличие в анамнезе самопроизвольных абортос после 5-го месяца беременности
 - г) все перечисленные факторы
061. Высокий уровень α -фетопротеина в норме отмечается
- а) на 38-40-й неделе внутриутробного развития
 - б) на 36-й неделе внутриутробного развития
 - в) на 28-й неделе внутриутробного развития
 - г) через неделю после родов
062. Для обоснования внутриутробного генеза бактериального заболевания новорожденных используются
- а) анализ анамнеза матери, течения беременности и родов
 - б) выявление симптомов заболевания у ребенка при рождении

- или в первые 1-2 дня жизни
- в) морфологические изменения в последе и внутренних органах умерших детей
- г) все перечисленные данные
063. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть
- а) аспирационная пневмония
- б) язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит
- в) гнойный лептоменингит, остеомиелит
- г) все перечисленные
064. В каком случае у новорожденного ребенка может развиться РДС, если при исследовании околоплодных вод отношение Л/С (лецитин/сфингомиелин) равно 2:1 или выше?
- а) при наличии у матери сахарного диабета
- б) при резус-конflikте
- в) при острой интранатальной гипоксии плода
- г) во всех перечисленных случаях
065. Наиболее частым осложнением первичной плацентарной недостаточности является
- а) задержка внутриутробного развития плода
- б) самопроизвольный выкидыш
- в) формирование пороков развития плода
- г) внутриутробная инфекция
066. Наиболее частым осложнением вторичной плацентарной недостаточности является
- а) задержка внутриутробного развития плода
- б) самопроизвольный выкидыш
- в) формирование пороков развития плода
- г) внутриутробная инфекция
067. Причиной плацентарной недостаточности чаще всего является
- а) гипертоническая болезнь
- б) хронические заболевания почек
- в) перенашивание
- г) все ответы правильные
068. Исследования, направленные на выявление задержки внутриутробного развития плода, необходимо в первую очередь проводить у беременных
- а) с нейроциркуляторной дистонией
- б) с сахарным диабетом
- в) с хроническим пиелонефритом
- г) с рубцом на матке
069. Кардиотокография - это
- а) непрерывная регистрация сердцебиения плода
- б) непрерывная регистрация сокращений матки
- в) непрерывная одновременная регистрация сокращений матки и сердцебиений плода
- г) непрерывная регистрация внутриматочного давления
070. Стрессовый тест, используемый для оценки состояния плода - это
- а) регистрация изменений дыхательных движений плода в ответ на введение окситоцина
- б) регистрация изменений сердцебиений плода

- в) регистрация движений плода, возникающих в ответ на введение окситоцина
 - г) регистрация изменений сердцебиений плода в ответ на введение беременной женщине кардиотонических препаратов
071. Какое влияние на плод может оказывать наличие у беременной женщины ревматического порока сердца?
- а) не оказывает никакого влияния
 - б) увеличивается риск рождения ребенка с врожденным пороком сердца
 - в) вызывает задержку внутриутробного развития плода
 - г) способствует развитию внутриутробной инфекции
072. Критическим уровнем снижения гемоглобина в 3-м триместре беременности является
- а) 115 г/л
 - б) 110 г/л
 - в) 105 г/л
 - г) 100 г/л
073. Потребность плода в железе является максимальной
- а) в 1-м триместре
 - б) в 2-м триместре
 - в) в 3-м триместре
 - г) в 1-ю половину беременности
074. Анемия у беременных чаще всего является
- а) гипопластической
 - б) железодефицитной
 - в) постгеморрагической
 - г) гемолитической
075. Железодефицитная анемия во время беременности может приводить
- а) к плохой переносимости кровопотери в родах
 - б) к увеличению риска развития острой гипертонии
 - в) к преждевременным родам и задержке внутриутробного развития плода
 - г) все ответы правильные
076. Причиной развития у беременных женщин мегалобластной анемии является
- а) дефицит железа
 - б) дефицит фолиевой кислоты
 - в) дефицит витаминов группы В
 - г) все ответы правильные
077. Мегалобластная анемия во время беременности может привести
- а) к самопроизвольному выкидышу
 - б) к преждевременной отслойке плаценты
 - в) к формированию у плода нервной трубки
 - г) все ответы правильные
078. В ответ на увеличение концентрации глюкозы в крови беременной женщины в организме плода
- а) ничего не происходит
 - б) увеличивается секреция инсулина
 - в) снижается секреция инсулина
 - г) активируется анаэробный гликолиз
079. Персистирующая гипергликемия у беременной женщины

- (например, при сахарном диабете) может привести
- а) к гипоплазии поджелудочной железы у плода
 - б) к гиперплазии островков Лангерганса в поджелудочной железе плода
 - в) к гликогенозу у плода
 - г) к циррозу печени у плода
080. Развитие у беременных с сахарным диабетом кетоацидоза во 2-м или 3-м триместре чаще всего приводит
- а) к внезапной антенатальной гибели плода
 - б) к задержке внутриутробного развития плода
 - в) к формированию у плода пороков развития
 - г) к преждевременным родам
081. У женщин с диабетом беременных чаще всего рождаются дети
- а) с внутриутробной гипотрофией
 - б) с макросомией
 - в) маленькие к сроку
 - г) все ответы правильные
082. У женщин с сахарным диабетом, осложнившимся поражением почек (класса F), чаще всего рождаются дети
- а) с задержкой внутриутробного развития
 - б) с макросомией
 - в) с внутриутробной инфекцией
 - г) все ответы правильные
083. Как изменяется по сравнению с нормой количество околоплодных вод у беременных с сахарным диабетом?
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) в 1-ю половину беременности увеличено, затем уменьшается
 - г) не меняется
084. Какие осложнения в родах со стороны плода наблюдаются у беременных с сахарным диабетом?
- а) внутричерепная родовая травма
 - б) асфиксия
 - в) перелом ключицы
 - г) все ответы правильные
085. Главной причиной увеличения частоты инфекции мочевыводящих путей во время беременности является
- а) стаз мочи в результате расслабления гладкой мускулатуры
 - б) ослабление специфического иммунитета
 - в) ослабление неспецифического иммунитета
 - г) нарушение целостности слизистых оболочек мочевыводящих путей
086. Какие специальные исследования пуповинной крови необходимо выполнить у детей, родившихся от матерей, получавших анти тиреоидную терапию по поводу тиреотоксикоза?
- а) определение общего уровня Т4
 - б) определение свободного тироксина
 - в) определение уровня тиреотропного гормона
 - г) верно а) и б)
087. Может ли у женщины, страдавшей в прошлом тиреотоксикозом, но не имевшей нарушений функции щитовидной железы

- во время беременности, родиться ребенок с тиреотоксикозом?
- а) да
 - б) нет
 - в) только в том случае, если тиреотоксикоз есть у отца
 - г) только в том случае, если тиреотоксикоз есть у бабушки со стороны матери
088. Причиной рождения у женщины, страдавшей в прошлом тиреотоксикозом, но не имевшей нарушений функции щитовидной железы во время настоящей беременности, ребенка с тиреотоксикозом является
- а) передача заболевания по наследству
 - б) длительная циркуляция в крови матери и трансплацентарный транспорт в организме плода LAST-фактора, стимулирующего функцию щитовидной железы
 - в) длительная циркуляция в крови матери и трансплацентарный транспорт в организме плода гормонов щитовидной железы
 - г) все ответы правильные
089. Какое влияние на плод оказывает прием матерью высоких доз стероидных препаратов?
- а) повышает риск формирования врожденных пороков развития
 - б) приводит к рождению ребенка с макросомией
 - в) повышает риск развития в раннем неонатальном периоде болезни гиалиновых мембран
 - г) вызывает задержку внутриутробного развития
090. Беременной женщине не следует назначать гормональную терапию АКТГ, так как
- а) возможна антенатальная гибель плода
 - б) повышается риск внутриутробной инфекции
 - в) возможно развитие у плода феохромоцитомы
 - г) может произойти вирилизация плода женского пола
091. Главная опасность заболевания беременной женщины острой пневмонией заключается
- а) в увеличении риска преждевременных родов и антенатальной гибели плода
 - б) в увеличении вероятности формирования у плода врожденных пороков развития
 - в) в высоком риске развития внутриутробной пневмонии
 - г) в возрастании частоты развития у новорожденных внутрижелудочковых кровоизлияний
092. При заболевании женщины краснухой в первые 6 недель беременности частота врожденных пороков развития у плода составляет в среднем
- а) 20%
 - б) 35%
 - в) 50%
 - г) 65%
093. Наиболее частыми пороками развития, встречающимися у новорожденных от матерей, переболевших краснухой в период с 5-й по 14-ю неделю беременности, являются
- а) гипоплазия легких, мультикистоз, атрезия двенадцатиперстной кишки
 - б) менингомиелоцеле, расщепление верхней губы и твердого неба
 - в) врожденный вывих бедра, синдактилия, глаукома
 - г) катаракта, глухота, врожденные пороки сердца
094. Главная опасность заболевания беременной женщины

- микровирусными инфекциями (гриппом, свинкой, корью) заключается
- а) в увеличении риска самопроизвольного выкидыша и антенатальной гибели плода
 - б) в развитии синдрома задержки внутриутробного развития плода
 - в) в повышении вероятности формирования у плода врожденных пороков развития
 - г) в рождении ребенка с внутриутробной вирусной инфекцией
094. Какие из перечисленных антибиотиков можно назначить беременной женщине без всякого риска для плода?
- а) цефалоспорины
 - б) аминогликозиды
 - в) тетрациклин
 - г) все перечисленные
095. Гепарин можно применять в любом сроке беременности без риска для плода, так как он
- а) не проникает через плаценту
 - б) быстро выводится почками из организма плода
 - в) быстро разрушается в печени плода
 - г) все ответы правильные
096. Главная опасность для плода при развитии артериальной гипертонии у беременной женщины заключается
- а) в плацентарно-фетальной трансфузии с увеличением ОЦК у плода
 - б) в развитии у плода артериальной гипертензии
 - в) в резком снижении маточно-плацентарного кровотока
 - г) в увеличении риска преждевременных родов
097. Изоиммунизация женщины Rh-антигеном может произойти
- а) при медицинском аборте
 - б) при эктопической беременности
 - в) при амниоцентезе
 - г) во всех перечисленных случаях
098. К какому классу иммуноглобулинов относятся АВО-антитела?
- а) IgA
 - б) IgM
 - в) IgG
 - г) IgE
099. Частота Rh-изоиммунизации женщины будет ниже в случае, если
- а) группа крови матери - В (III), группа крови плода - 0(I)
 - б) группа крови матери - А (II), группа крови плода - В (III)
 - в) группа крови матери - 0 (I), группа крови плода - А (II)
 - г) группа крови матери АВ (IV), группа крови плода - АВ (IV)
100. Уменьшение риска Rh-изоиммунизации женщины при несовместимости крови матери и плода по системе АВО связано
- а) с отсутствием иммунологического ответа на попадание эритроцитов плода в сосудистое русло матери
 - б) с быстрым разрушением эритроцитов плода, попавших в сосудистое русло матери, АВО-антителами, в результате чего не успевают образоваться Rh-антитела
 - в) с невозможностью в этом случае попадания эритроцитов плода в сосудистое русло матери
 - г) с потерей в этом случае эритроцитами плода антигенных свойств

101. Важной функцией околоплодных вод является
- а) защита плода от инфекции
 - б) обеспечение свободы движений и защита плода от механической травмы
 - в) создание условий для выполнения функции глотания, "дыхания", мочеиспускания
 - г) все ответы правильные
102. К 36 неделе физиологически протекающей беременности количество околоплодных вод составляет приблизительно
- а) 300 мл
 - б) 600 мл
 - в) 1000 мл
 - г) 1200 мл
103. К 40-й неделе физиологически протекающей беременности количество околоплодных вод составляет приблизительно
- а) 300 мл
 - б) 600 мл
 - в) 1000 мл
 - г) 1200 мл
104. Укажите основной путь инфицирования плода при активном туберкулезе у матери
- а) трансплацентарный
 - б) восходящий
 - в) через половые клетки отца и матери
 - г) при прохождении плода по родовым путям
105. Первичный комплекс при врожденном туберкулезе обычно локализуется
- а) на коже
 - б) в легких
 - в) в печени
 - г) в центральной нервной системе
106. Наиболее характерными симптомами врожденного туберкулеза являются
- а) внутриутробная гипотрофия, желтуха, спленомегалия
 - б) гипертермия, папулезная сыпь, гепатомегалия, увеличение лимфатических узлов
 - в) врожденная катаракта, эритематозная сыпь, жидкий стул
 - г) лихорадка, везикулезная сыпь, менингит, асцит
107. При наличии у матери активного туберкулеза вероятность инфицирования ребенка наиболее высока
- а) в антенатальном периоде
 - б) в интранатальном периоде
 - в) в постнатальном периоде
 - г) верно а) и б)
108. Наличие симптомов гиперфункции щитовидной железы в раннем неонатальном периоде у детей от матерей с тиреотоксикозом связано
- а) с трансплацентарной передачей плоду тироксина
 - б) с трансплацентарной передачей плоду тиреотропного гормона
 - в) с трансплацентарной передачей плоду тиреостимулирующих иммуноглобулинов
 - г) все ответы правильные

109. Действие на новорожденного переданных ему трансплацентарно от матери с тиреотоксикозом тиреостимулирующих иммуноглобулинов может сохраняться в течение
- а) 1 месяца
 - б) 6 месяцев
 - в) 1 года
 - г) 2 лет
110. Врожденный зоб у новорожденного ребенка, вызванный приемом матерью во время беременности препаратов йода, может сохраняться в течение
- а) 1-2 месяцев
 - б) 3-4 месяцев
 - в) 5-6 месяцев
 - г) 10-12 месяцев
111. Заболевание женщины гипотиреозом во время беременности угрожает
- а) рождением ребенка с врожденным гипотиреозом
 - б) рождением ребенка с пороками развития внутренних органов
 - в) самопроизвольным выкидышем в 1-м триместре беременности
 - г) все ответы правильные
112. Клинические проявления "синдрома отмены" у новорожденных от матерей-наркоманок появляются обычно в возрасте
- а) 6-12 часов
 - б) 24-48 часов
 - в) 72-96 часов
 - г) 7 дней
113. Прием наркотиков беременной женщиной угрожает плоду
- а) задержкой внутриутробного развития
 - б) запаздыванием созревания костей
 - в) развитием вскоре после рождения "синдрома отмены"
 - г) всем перечисленным выше
114. При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь
- а) кожа и слизистые оболочки
 - б) кости
 - в) печень
 - г) центральная нервная система
115. Прием беременной женщиной больших доз аспирина может вызвать
- а) развитие у новорожденного синдрома персистирующей легочной гипертензии
 - б) длительное функционирование артериального протока у новорожденного
 - в) формирование у плода пороков развития почек
 - г) угнетение иммунных сил плода
116. Проникает ли гепарин через плаценту
- а) да
 - б) нет
 - в) только в 3-м триместре беременности
 - г) только во время родов
117. Прием беременной женщиной незадолго до родов фенобарбитала может вызвать у новорожденного
- а) синдром отмены
 - б) гипокальциемию

- в) нарушения свертывания крови
 - г) все перечисленные эффекты
118. Каким отрицательным воздействием на плод обладают аминогликозиды, вводимые беременной женщине?
- а) ототоксическим
 - б) нейротоксическим
 - в) тератогенным
 - г) все ответы правильные
119. Каким воздействием на плод обладает дигоксин, вводимый беременной женщине?
- а) тератогенным
 - б) противоритмическим
 - в) аритмогенным
 - г) нефротоксическим
120. У новорожденного в первые сутки жизни могут возникать кровотечения, если его мать незадолго до родов принимала
- а) фенobarбитал
 - б) дилантин
 - в) аспирин
 - г) любой из перечисленных препаратов
121. Магнезиальная терапия гестоза в 3-м триместре беременности может вызвать у новорожденного
- а) угнетение дыхания
 - б) мышечную гипотонию
 - в) гипокальциемию
 - г) все перечисленные эффекты
122. Прием женщиной во время беременности допегита (метилдофа) вызывает у новорожденного
- а) повышение системного артериального давления
 - б) снижение системного артериального давления
 - в) нарушения сердечного ритма
 - г) ишемию миокарда
123. Введение беременной женщине пропранолола может вызвать у новорожденного
- а) брадикардию
 - б) угнетение дыхания
 - в) гипогликемию
 - г) все перечисленные эффекты
124. Сколько чашек кофе может выпивать в день беременная женщина без серьезного риска для плода?
- а) 1-2
 - б) не более 3
 - в) не более 4
 - г) не более 5
125. Какой из перечисленных наркотиков обладает тератогенным действием на плод?
- а) кокаин
 - б) марихуана
 - в) героин
 - г) ЛСД
126. Курение во время беременности может приводить

- а) к задержке внутриутробного развития плода
 - б) к предлежанию плаценты
 - в) к преждевременной отслойке плаценты
 - г) ко всем перечисленным осложнениям
127. Применение экстрогенов во время беременности может вызвать
- а) маскулинизацию плодов женского пола
 - б) феминизацию плодов мужского пола
 - в) гиперплазию надпочечников у плода
 - г) недостаточность надпочечников у плода
128. Введение беременной женщине окситоцина может вызвать у плода
- а) гипокалиемию
 - б) гипонатриемию
 - в) гипокальциемию
 - г) все ответы правильные
129. Введение беременной женщине окситоцина может приводить к развитию у новорожденного
- а) гипонатриемии
 - б) гипербилирубинемии
 - в) судорог
 - г) всех перечисленных осложнений
130. При приеме беременной женщиной антиастматических препаратов (β -агонистов) у новорожденного в раннем неонатальном периоде может наблюдаться
- а) гипогликемия
 - б) гипергликемия
 - в) гипокалиемия
 - г) гипокальциемия
131. В клиническом анализе крови у новорожденных, матери которых во время беременности получали глюкокортикоиды, могут наблюдаться
- а) лейкоцитоз
 - б) лейкопения
 - в) тромбоцитопения
 - г) анемия
132. При приеме во время беременности препаратов йода у плода может наблюдаться
- а) угнетение функции щитовидной железы
 - б) синдром задержки внутриутробного развития
 - в) гиперфункция щитовидной железы
 - г) формирование врожденных пороков развития
133. С увеличением гестационного возраста общее содержание жидкости в организме плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется
134. С увеличением гестационного возраста содержание внеклеточной жидкости в организме плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется

135. С увеличением гестационного возрастасодержание внутриклеточной жидкости в организме плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется
136. С увеличением гестационного возраста общее содержание натрия в организме плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется
137. С увеличением гестационного возраста общее содержание калия в организме плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется
138. Общий объем фетоплацентарной крови к концу доношенной беременности составляет приблизительно
- а) 95 мл/кг
 - б) 105 мл/кг
 - в) 115 мл/кг
 - г) 125 мл/кг
139. Под влиянием острой внутриутробной гипоксии объем циркулирующей крови у плода
- а) уменьшается
 - б) увеличивается
 - в) сначала уменьшается, затем увеличивается
 - г) не меняется
140. Как изменяется гемодинамика в системе мать - плацента - плод в условиях хронической внутриутробной гипоксии?
- а) уменьшается кровоток в пуповине, увеличивается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазодилатация с падением АД в организме плода
 - б) увеличивается кровоток в пуповине, снижается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазоконстрикция с повышением АД в организме плода увеличивается частота сердечных сокращений, ударный и минутный объем сердца, системное артериальное давление
 - г) существенно не меняется
141. Как изменяется гемодинамика в системе мать - плацента - плод в условиях острой внутриутробной гипоксии?
- а) уменьшается кровоток в пуповине, увеличивается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазодилатация с падением АД в организме плода
 - б) увеличивается кровоток в пуповине, снижается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазоконстрикция с повышением АД в организме плода
 - в) уменьшается частота сердечных сокращений, ударный и минутный объемы сердца, системное артериальное давление \
 - г) существенно не меняется

142. С увеличением гестационного возраста гломерулярная фильтрация в почках плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется
143. С увеличением гестационного возраста экскреция натрия почками плода
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) увеличивается в 1-ю половину беременности и уменьшается во 2-ю
 - г) не меняется
144. Какая доля общего подъема крови, притекающей к плоду по пупочной вене, направляется в нижнюю полую вену через аранциев проток, минуя печень?
- а) 10%
 - б) 30%
 - в) 50%
 - г) 70%
145. Какая доля комбинированного выброса желудочков сердца плода направляется в легкие?
- а) 7%
 - б) 15%
 - в) 20%
 - г) 30%
146. Направление шунтирования крови через артериальный проток у плода
- а) левостороннее
 - б) правостороннее
 - в) двунаправленное
 - г) из большого в малый круг
147. Как распределяется объем крови, поступивший в правое предсердие из нижней полой вены у плода?
- а) целиком направляется в правый желудочек
 - б) целиком направляется в левое предсердие через овальное окно
 - в) 1/3 направляется в левое предсердие через овальное окно, 2/3 направляется в правый желудочек
 - г) 1/3 направляется в правый желудочек, 2/3 направляется в левое предсердие через овальное окно
148. Как распределяется объем крови, поступивший в правое предсердие из верхней полой вены у плода?
- а) целиком направляется в правый желудочек
 - б) целиком направляется в левое предсердие через овальное окно
 - в) 1/3 направляется в левое предсердие через овальное окно, 2/3 направляется в правый желудочек
 - г) 1/3 направляется в правый желудочек, 2/3 направляется в левое предсердие через овальное окно
149. Какая доля выброса левого желудочка плода направляется в нисходящую аорту?
- а) 10-15%
 - б) 30-40%
 - в) 50-60%
 - г) 70-80%
150. Кратковременная тяжелая внутриутробная гипоксия вызывает у плода

- а) брадикардию и артериальную гипертензию
 - б) брадикардию и артериальную гипотензию
 - в) тахикардию и артериальную гипертензию
 - г) тахикардию и артериальную гипотензию
151. В условиях внутриутробной гипоксии кровотока через аранциев проток у плода
- а) не меняется
 - б) прекращается
 - в) увеличивается
 - г) уменьшается
152. В условиях внутриутробной гипоксии при снижении сердечного выброса у плода максимальный уровень кровотока сохраняется в сосудах
- а) брыжейки
 - б) почек
 - в) легких
 - г) пуповины
153. У доношенного плода в условиях внутриутробной гипоксии легочный кровоток
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) прекращается
 - г) не меняется
154. Содержание воды в легких плода в условиях внутриутробной гипоксии
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) сначала увеличивается, а при длительном сохранении гипоксии уменьшается
 - г) не меняется
155. Концентрация катехоламинов в крови плода в условиях внутриутробной гипоксии
- а) не меняется
 - б) увеличивается
 - в) уменьшается
 - г) сначала увеличивается, а при длительном сохранении гипоксии уменьшается
156. Последствиями заболеваний женщины во 2-й половине беременности ОРВИ для новорожденного могут быть
- а) геморрагический синдром
 - б) нарушения мозгового кровообращения
 - в) развитие "феномена толерантности к вирусу"
 - г) все ответы правильные
157. Потребность плода в железе значительно возрастает
- а) с 12 недель
 - б) с 20 недель
 - в) с 28 недель
 - г) с 36 недель
158. В семье, где оба родителя больны хроническим алкоголизмом, родился доношенный мальчик с массой 2200 г, ростом 48 см. В клинической картине: микроцефалия, лицевая дисморфия, синдром угнетения, сменившийся повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Выберите правильный диагноз:
- а) микроцефалия, множественные стигмы дисэмбриогенеза, внутриутробная гипотрофия
 - б) эмбриофетопатия, внутриутробная гипотрофия

- в) алкогольный синдром плода, микроцефалопатия
г) все ответы правильные
159. Для алкогольного синдрома плода наиболее характерны
а) низкие масса тела и рост при рождении, черепно-лицевая дисморфия, энцефалопатия
б) глухота, врожденный порок сердца, внутриутробная гипотрофия
в) полидактилия, короткие конечности, патология сердечно-сосудистой системы
г) все ответы правильные
160. При назначении беременной женщине b-миметиков у новорожденного могут наблюдаться
а) гипогликемия
б) гипокальциемия
в) гипотензия
г) все перечисленные нарушения
161. Наибольшая активность роста плода (1.3 см в неделю) наблюдается в сроке
а) 25-28 недель
б) 31-34 недель
в) 35-38 недель
г) 39-40 недель
162. Объем крови, циркулирующей в плаценте, составляет от общего объема циркулирующей крови плода
а) 1/5-1/6
б) 1/3-1/4
в) 1/2
г) 3/4
163. Причинами анасарки плода при гемолитической болезни являются
а) сердечная недостаточность и гипопротейнемия
б) усиленный гемолиз эритроцитов и снижение ОЦК за счет циркулирующих эритроцитов
в) нарушение фетоплацентарного кровообращения
г) все перечисленные
164. На какой неделе внутриутробного развития заканчивается формирование сердца?
а) на 3-й неделе
б) на 6-й неделе
в) на 8-й неделе
г) на 12-й неделе
165. Примитивные воздушные мешочки в легких плода формируются
а) к 13-й неделе
б) к 16-й неделе
в) к 24-й неделе
г) к 30-й неделе
166. Какая доза вакцины БЦЖ используется при вакцинации новорожденных детей?
а) 0.005 мг
б) 0.05 мг
в) 0.5 мг
г) 5 мг
167. Через какое время после введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула, везикула или пустула?
а) через 1 неделю

- б) через 2-3 недели
- в) через 4-6 недель
- г) через 2-3 месяца

168. К какому дню удается достичь максимального напряжения иммунитета при активной иммунизации донора стафилококковым анатоксином и продигиозаном?

- а) к 6-8-му дню
- б) к 9-12-му дню
- в) к 13-22-му дню
- г) к 23-25-му дню

169. Упорное носительство патогенных штаммов стафилококка человеком объясняется

- а) высокой степенью обсеменения стафилококком окружающей среды
- б) нарушением правил личной гигиены
- в) недостаточностью иммунитета и снижением активности неспецифических факторов защиты в организме человека
- г) наличием в организме очагов хронической гнойной инфекции

170. Наиболее часто вызывают судорожный синдром новорожденных от матерей с сахарным диабетом

- а) асфиксия и родовая травма
- б) пороки развития ЦНС
- в) гипогликемия и гипокальциемия
- г) гипербилирубинемия

171. У новорожденного ребенка при повышении у него уровня Ht более 65% могут наблюдаться

- а) цианоз
- б) тяжелая гипербилирубинемия
- в) угнетение ЦНС
- г) все перечисленные симптомы

172. Укажите поздние симптомы гипотиреоза

- а) отставание в психомоторном развитии
- б) сухость кожи, склонность к запорам, затянущаяся желтуха
- в) отеки, грудной голос, низкий рост волос
- г) все ответы правильные

173. При каком виде геморрагического синдрома назначение витамина К является патогенетической терапией?

- а) капилляропатии
- б) тромбоцитопении
- в) гипопротромбинемии
- г) фибринолизе

174. Для новорожденных от матерей с сахарным диабетом характерны

- а) гипогликемия
- б) гипокальциемия
- в) гипербилирубинемия
- г) все перечисленные симптомы

175. Какие симптомы характерны для гипомagneмии?

- а) возбуждение ЦНС
- б) угнетение ЦНС
- в) угнетение дыхания
- г) одышка

176. Развитие геморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов связано

- а) с поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
- б) с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
- в) с повышением проницаемости капилляров
- г) с нарушением всасывания в кишечнике витамина К

177. Какие из перечисленных причин недостаточности кровообращения относятся к экстракардиальным?

- а) фиброэластоз
- б) пароксизмальная тахикардия
- в) открытый артериальный проток
- г) все ответы правильные

178. Какие факторы могут способствовать развитию геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде?

- а) гипотермия, ацидоз, гиперкапния
- б) специфические внутриутробные инфекции
- в) прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
- г) все перечисленные факторы

179. Какой из перечисленных признаков характерен для геморрагической болезни новорожденного?

- а) повышенный фибринолиз
- б) тромбоцитопения
- в) уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)
- г) снижение протромбинового комплекса

180. Самым тяжелым при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является

- а) анемия
- б) поражение печени
- в) поражение ЦНС
- г) сердечная недостаточность

181. В какой группе детей противотуберкулезная вакцинация абсолютно противопоказана?

- а) недоношенные дети с массой тела менее 1500 г
- б) дети с гемолитической болезнью
- в) дети с врожденными ферментопатиями
- г) все ответы правильные

182. Противотуберкулезную вакцинацию новорожденным, контактным с заболевшими токсико-септическими заболеваниями, можно проводить

- а) через 10 дней после выписки из родильного дома
- б) через две недели после выписки из родильного дома
- в) через 1 месяц после выписки из родильного дома
- г) через 3 месяца после выписки из родильного дома

183. Проводить противотуберкулезную вакцинацию новорожденным с гнойно-воспалительными заболеваниями кожных покровов можно проводить

- а) через 10 дней после выздоровления
- б) через 2 недели после выздоровления
- в) через 1 месяц после выздоровления
- г) через 3 месяца после выздоровления

184. Какая причина анемии при рождении встречается чаще других?

- а) кровопотеря или гемолиз

- б) наследственный микросфероцитоз
- в) дефицит эритроцитарных ферментов
- г) наследственная гипопластическая анемия

185. Наиболее частым возбудителем миокардита у новорожденных детей является

- а) вирус Коксаки
- б) стафилококк
- в) стрептококк
- г) клебсиелла

186. Наиболее частой формой клебсиеллеза у новорожденных детей является

- а) пневмония
- б) сепсис
- в) менингит
- г) кишечная форма

Модуль 2.

1. Ответственность за организацию реанимационной помощи новорожденным детям в родильном зале несет

- а) анестезиолог
- б) заведующий родблоком
- в) заведующий отделением новорожденных
- г) ответственный дежурный

2. За оснащение родильного зала оборудованием для реанимации новорожденных, его обработку и поддержание в исправности ответственность несет

- а) анестезиолог
- б) заведующий родблоком
- в) заведующий отделением новорожденных
- г) старшая акушерка

3. Противопоказанием для перевода в отделение реанимации являются

- а) множественные пороки развития, несовместимые с жизнью
- б) необратимые поражения головного мозга
- в) терминальная стадия неизлечимой болезни
- г) все ответы правильные

4. Задачами выездной бригады реанимации являются

- а) оказание консультативной и реанимационной помощи новорожденным детям в акушерских и лечебных стационарах
- б) оказание реанимационной помощи на месте до полной стабилизации состояния и во время транспортировки
- в) консультативная помощь врачами по телефону для оказания неотложной помощи новорожденным до приезда бригады
- г) все перечисленные

5. Сложности в организации службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных обусловлены

- а) отсутствием директивных документов, регламентирующих службу реанимации новорожденных
- б) отсутствием специализированных отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных при многопрофильных больницах
- в) недостатком специально подготовленных врачей-реаниматологов и медицинских сестер
- г) всеми перечисленными факторами

6. Неонатальная выездная бригада реанимации подчиняется

- а) руководителю службы скорой помощи
 - б) главному врачу и заведующему отделением реанимации, на базе которого работает выездная бригада
 - в) главному анестезиологу-реаниматологу города
 - г) главному неонатологу города
7. Площадь палаты на 1 реанимационную койку для новорожденного должна быть не менее
- а) 4 м²
 - б) 6 м²
 - в) 8-10 м²
 - г) 12-15 м²
8. Из общей площади отделения реанимации новорожденных на лечебные палаты должно приходиться не менее
- а) 10%
 - б) 20%
 - в) 40%
 - г) 60%
9. Режим работы палат отделения реанимации новорожденных должен приближаться к режиму работы
- а) инфекционного отделения
 - б) операционного блока
 - в) акушерского отделения
 - г) терапевтического отделения
10. Абсолютным показанием к переводу новорожденных детей в отделение реанимации является
- а) наличие у ребенка симптомов дыхательной недостаточности
 - б) резко выраженные нарушения функции жизненно важных органов, коррекция которых возможна только с помощью специальных методов интенсивной терапии
 - в) наличие у ребенка симптомов сердечной недостаточности
 - г) все перечисленные состояния
11. Персонал палаты интенсивной терапии роддома и педиатрического стационара должен уметь осуществлять следующий объем помощи новорожденному ребенку
- а) реанимационные мероприятия при остановке сердца и дыхания
 - б) инфузионную терапию
 - в) различные варианты оксигенотерапии, включая дыхание под постоянным положительным давлением
 - г) все перечисленное
12. Задачей персонала палат реанимации и интенсивной терапии отделений анестезиологии и реанимации является
- а) оказание реанимационного пособия больным в терминальных состояниях
 - б) проведение специальных методов интенсивной терапии (гемосорбция, парентеральное питание, искусственная вентиляция легких и др.)
 - в) проведение консультативной и организационно-методической работы по улучшению реанимационной помощи новорожденным детям на всех этапах
 - г) все перечисленное
13. К неотложным состояниям, которые могут развиваться у новорожденного с синдромом Видемана - Беквита, относятся
- а) апноэ

- б) судорожный синдром
 - в) острая дыхательная недостаточность
 - г) острая недостаточность кровообращения
14. Что является наиболее частой причиной смерти новорожденного ребенка с хронической трансплацентарной кровопотерей?
- а) асфиксия
 - б) декомпенсация сердечной деятельности
 - в) тяжелые метаболические нарушения
 - г) гиповолемический шок
15. Как изменяется гемодинамика в системе мать - плацента - плод в условиях хронической внутриутробной гипоксии?
- а) уменьшается кровоток в пуповине, увеличивается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазодилатация с падением АД в организме плода
 - б) увеличивается кровоток в пуповине, снижается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазоконстрикция с повышением АД в организме плода
 - в) увеличивается частота сердечных сокращений, ударный и минутный объем сердца, системное артериальное давление
 - г) существенно не меняется
16. Как изменяется гемодинамика в системе мать - плацента - плод в условиях острой внутриутробной гипоксии?
- а) уменьшается кровоток в пуповине, увеличивается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазодилатация с падением АД в организме плода
 - б) увеличивается кровоток в пуповине, снижается сосудистое сопротивление в плаценте, развивается генерализованная вазоконстрикция с повышением АД в организме плода
 - в) уменьшается частота сердечных сокращений, ударный и минутный объемы сердца, системное артериальное давление
 - г) существенно не меняется
17. Кратковременная тяжелая внутриутробная гипоксия вызывает у плода
- а) брадикардию и артериальную гипертензию
 - б) брадикардию и артериальную гипотензию
 - в) тахикардию и артериальную гипертензию
 - г) тахикардию и артериальную гипотензию
18. В условиях внутриутробной гипоксии кровотока через аранциев проток у плода
- а) не меняется
 - б) прекращается
 - в) увеличивается
 - г) уменьшается
19. В условиях внутриутробной гипоксии при снижении сердечного выброса у плода максимальный уровень кровотока сохраняется в сосудах
- а) брыжейки
 - б) почек
 - в) легких
 - г) пуповины
20. У доношенного плода в условиях внутриутробной гипоксии легочный кровоток
- а) увеличивается

- б) уменьшается
 - в) прекращается
 - г) не меняется
21. Какой из перечисленных видов патологии пуповины наиболее опасен для плода в родах?
- а) плевистое прикрепление пуповины
 - б) нетугое обвитие пуповины вокруг шеи плода
 - в) абсолютная короткость пуповины
 - г) недоразвитие одной из артерий пуповины
22. Что является основной причиной смерти новорожденного с острой трансплацентарной кровопотерей?
- а) внутричерепное кровоизлияние
 - б) застойная сердечная недостаточность
 - в) тяжелые метаболические нарушения
 - г) гиповолемический шок
23. Наиболее частой причиной асфиксии в родах у доношенных новорожденных является
- а) отслойка плаценты
 - б) выпадение петель пуповины
 - в) слабость родовых сил
 - г) длительный безводный период
24. У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является
- а) субдуральное кровоизлияние
 - б) перивентрикулярное кровоизлияние
 - в) отек мозга
 - г) перивентрикулярная лейкомаляция
25. Какие изменения со стороны мозга отмечаются у недоношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах?
- а) перивентрикулярные кровоизлияния
 - б) перивентрикулярная лейкомаляция
 - в) субарахноидальные кровоизлияния
 - г) все ответы правильные
26. К развитию асфиксии в родах у новорожденного ребенка предрасполагают
- а) хроническая внутриутробная гипоксия плода
 - б) тугое обвитие пуповины вокруг шеи
 - в) слабость родовой деятельности
 - г) все перечисленные факторы
27. Для ребенка, родившегося в тяжелой асфиксии, характерно
- а) дыхание типа "гаспинг"
 - б) угнетение рефлексов
 - в) замедление частоты сердечных сокращений
 - г) все перечисленное выше
28. К факторам, облегчающим транспорт анестетиков и анальгетиков, используемых для обезболивания родов, через плаценту, относятся
- а) низкий молекулярный вес и хорошая растворимость в жирах
 - б) высокий молекулярный вес и плохая растворимость в жирах
 - в) высокая способность к ионизации и связыванию с белком
 - г) верно б) и в)

29. Среди препаратов, используемых при операции кесарева сечения, более свободно проникают через плаценту
- местные анестетики
 - наркотические анальгетики
 - миорелаксанты
 - верно а) и б
30. Чем определяется эффективность газообмена у новорожденных детей?
- вентиляцией альвеол
 - перфузией легочных капилляров
 - диффузией газов через альвеоло-капиллярную мембрану
 - всеми перечисленными факторами
31. Адекватность вентиляции зависит
- от активности дыхательной мускулатуры
 - от растяжимости легочной ткани
 - от внутрилегочного распределения газа соответственно перфузии различных отделов легких
 - от всех указанных факторов
32. Какие виды сопротивления легких преодолевает новорожденный при дыхании?
- эластическое
 - деформационное
 - аэродинамическое
 - все перечисленные
33. Чем объясняется более низкое значение P_{aO_2} у новорожденных детей по сравнению со взрослыми?
- шунтирование крови через овальное окно и артериальный проток
 - перфузией невентилируемых участков легких
 - дренированием сердечных вен в левое сердце и наличием анастомозов между бронхиальной легочной циркуляцией
 - всеми перечисленными факторами
34. Какими факторами обеспечивается адекватность сердечного выброса?
- венозным возвратом к сердцу
 - сократительной способностью миокарда
 - общим периферическим и легочным сосудистым сопротивлением
 - всеми перечисленными факторами
35. Чем обусловлено возможность развития флегмоны новорожденных только в неонатальном периоде?
- высокой проницаемостью кожных покровов новорожденного
 - особенностями строения сосудистой сети кожи и подкожной клетчатки
 - особенностями иммунитета новорожденного
 - особенностями центральной нервной системы новорожденного
36. Какая доля общего неэластического сопротивления легких падает на сопротивление дыхательных путей?
- 20%
 - 40%
 - 60%
 - 80%
37. Какую долю дыхательного объема составляет физиологическое мертвое пространство?
- 10%
 - 30%

- в) 50%
 - г) 75%
38. С уменьшением радиуса альвеол поверхностное натяжение слоя жидкости, выстилающего альвеолы, под действием сурфактанта
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
 - в) становится равным нулю
 - г) не изменяется
39. Период полураспада сурфактанта в легких новорожденного ребенка равен
- а) 1 часу
 - б) 8 часам
 - в) 14 часам
 - г) 24 часам
40. Эффективная легочная вентиляция устанавливается после рождения через
- а) 1-2 минуты
 - б) 5-10 минут
 - в) 15-20 минут
 - г) 30-60 минут
41. С расправления легких после рождения сосудистое сопротивление в малом круге кровообращения
- а) снижается
 - б) увеличивается
 - в) сначала увеличивается, затем снижается
 - г) не меняется
42. На эффективность транспорта кислорода к тканям оказывает влияние
- а) объем циркулирующей крови
 - б) величина сердечного выброса
 - в) состояние альвеолокапиллярных мембран
 - г) все перечисленные факторы
43. Несмотря на низкий уровень факторов свертывания крови и высокую фибринолитическую активность у новорожденных в первые дни жизни наблюдается склонность к гиперкоагуляции и укорочение времени свертывания крови за счет
- а) высокой концентрации активного тромбопластина
 - б) высокой адгезивно-агрегационной способности тромбоцитов
 - в) низкой концентрации антитромбина III
 - г) сниженной продукцией гепарина тучными клетками
44. Наиболее часто вызывают судорожный синдром новорожденных от матерей с сахарным диабетом
- а) асфиксия и родовая травма
 - б) пороки развития ЦНС
 - в) гипогликемия и гипокальциемия
 - г) гипербилирубинемия
45. При каком виде геморрагического синдрома назначение витамина К является патогенетической терапией?
- а) капиллярнопатии
 - б) тромбоцитопении
 - в) гипопротромбинемии
 - г) фибринолизе
46. Развитие геморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов связано

- а) с поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
 - б) с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
 - в) с повышением проницаемости капилляров
 - г) с нарушением всасывания в кишечнике витамина К
47. Какие из перечисленных причин недостаточности кровообращения относятся к экстракардиальным?
- а) фиброэластоз
 - б) пароксизмальная тахикардия
 - в) открытый артериальный проток
 - г) все ответы правильные
48. Какие факторы могут способствовать развитию геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде?
- а) гипотермия, ацидоз, гиперкапния
 - б) специфические внутриутробные инфекции
 - в) прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
 - г) все перечисленные факторы
49. Какой из перечисленных признаков характерен для геморрагической болезни новорожденного?
- а) повышенный фибринолиз
 - б) тромбоцитопения
 - в) уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)
 - г) снижение протромбинового комплекса
50. Показаниями к назначению гидрокортизона у новорожденных с сепсисом являются
- а) наличие инфекционного токсикоза
 - б) развитие септического шока
 - в) развитие ДВС-синдрома
 - г) все ответы правильные
51. Типичными симптомами сердечной недостаточности у новорожденных детей являются
- а) цианоз, одышка, тахикардия
 - б) одышка, тахикардия, хрипы в легких
 - в) одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
 - г) цианоз, отеки, хрипы в легких
52. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения?
- а) дефект межжелудочковой перегородки
 - б) тетрада Фалло
 - в) транспозиция магистральных сосудов
 - г) открытый артериальный проток
53. Развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе объясняется
- а) сенсibilизацией организма ребенка
 - б) развитием ангиитов и тромбоваскулитов
 - в) нерациональной антибактериальной терапией
 - г) повышенной ломкостью сосудов
54. Основным дифференциально-диагностическим признаком сепсиса является
- а) множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
 - б) нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза

- в) тяжелое поражение ЦНС
 - г) выраженный кишечный синдром
55. При какой этиологии сепсиса наиболее выражены изменения в лейкоцитарной формуле крови?
- а) грамотрицательной
 - б) грамположительной
 - в) грибковой
 - г) зависимость от возбудителя отсутствует
56. Нарушения КОС и электролитного баланса при сепсисе зависят
- а) от фазы заболевания
 - б) от этиологии сепсиса
 - в) от количества септических органов
 - г) все ответы правильные
57. При каком ведущем септическом очаге электролитные нарушения наиболее выражены?
- а) флегмоне
 - б) энтероколите
 - в) деструктивной пневмонии
 - г) гнойном менингите
58. Клиническими симптомами сепсиса у новорожденных детей являются
- а) наличие множества гнойных очагов
 - б) тяжелая сердечная недостаточность
 - в) гипертермия, угнетение сознания, диспептические расстройства
 - г) нарушение терморегуляции, диспептические расстройства, неврологические симптомы, нарушения свертываемости крови и ОЦК
59. Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток?
- а) родовую травму ЦНС
 - б) порок развития головного мозга
 - в) метаболические нарушения
 - г) гнойный менингит
60. Какие из перечисленных признаков позволяют отличить эксикоз от гипотрофии?
- а) скорость снижения массы тела
 - б) отсутствие в анамнезе указаний на патологические потери жидкости
 - в) влажность слизистых
 - г) все ответы правильные
61. Основное отличие поражений ЦНС при наследственных нарушениях обмена от поражений ЦНС гипоксического генеза -
- а) симптомы поражения с возрастом уменьшаются
 - б) симптомы поражения с возрастом нарастают
 - в) симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения
 - г) симптомы поражения носят неспецифический характер
62. На какой срок назначается гормональная терапия после выведения ребенка из кризиса надпочечниковой недостаточности при адреногенитальном синдроме?
- а) на 1 месяц
 - б) на 3 месяца
 - в) на 6 месяцев
 - г) пожизненно

63. Какой симптом является патогномичным для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки?
- а) рвота с рождения
 - б) гинекомастия
 - в) вирильные наружные гениталии с пигментацией
 - г) мраморный рисунок кожи
64. Какой клинический вариант пароксизмальной тахикардии встречается чаще у новорожденных детей?
- а) порок сердца + пароксизмальная тахикардия
 - б) фиброэластоз + пароксизмальная тахикардия
 - в) миокардит + пароксизмальная тахикардия
 - г) идиопатическая пароксизмальная тахикардия
65. Какой вариант нарушений КОС характерен для криза надпочечниковой недостаточности при адреногенитальном синдроме?
- а) метаболический ацидоз
 - б) метаболический алкалоз
 - в) дыхательный ацидоз
 - г) дыхательный алкалоз
66. Какое течение фиброэластоза наблюдается чаще в периоде новорожденности?
- а) острое
 - б) подострое
 - в) хроническое
 - г) все варианты встречаются одинаково часто
67. Возможно ли развитие сепсиса без первичного гнойного очага?
- а) невозможно
 - б) возможно при абортном течении сепсиса
 - в) возможно в случае септицемии
 - г) правильно б) и в)
68. Укажите место размножения микроорганизмов при септицемии
- а) лимфатические сосуды
 - б) кровь
 - в) первичный воспалительный очаг
 - г) все ответы правильные
69. Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей?
- а) асфиксия
 - б) гемолитическая болезнь
 - в) врожденные пороки сердца
 - г) фиброэластоз
70. Что лежит в основе септической желтухи новорожденных?
- а) токсическое повреждение клеток печени и внутрисосудистый гемолиз
 - б) синдром холестаза
 - в) септический гепатит
 - г) гемолитический криз
71. Какие электролитные нарушения характерны для криза надпочечниковой недостаточности при врожденной гиперплазии коры надпочечников?
- а) гипернатриемия и гипокалиемия
 - б) гипернатриемия и гиперкалиемия

- в) гипонатриемия и гиперкалиемия
 - г) гипонатриемия и гипокалиемия
72. Что общего между клиническими формами врожденной гиперплазии коры надпочечников?
- а) выраженные электролитные нарушения
 - б) дефицит глюкокортикоидов, гиперпродукция андрогенов, гиперплазия коры надпочечников
 - в) дефицит глюкокортикоидов и минералокортикоидов
 - г) периодическое возникновение кризов надпочечниковой недостаточности
73. Что определяет успех в лечении сепсиса у новорожденных детей?
- а) комплексная терапия с момента госпитализации ребенка
 - б) противошоковая терапия
 - в) своевременное заменное переливание крови
 - г) ранняя диагностика, идентификация возбудителя и его чувствительности к антибиотикам
74. Изменяется ли диурез при первой степени обезвоживания
- а) остается нормальным
 - б) увеличивается
 - в) снижается
 - г) это зависит от концентрации натрия в сыворотке крови
75. В каких случаях синдром обезвоживания может сопровождаться шоком?
- а) при длительном сохранении обезвоживания
 - б) при быстром развитии обезвоживания
 - в) при 2-й и 3-й степени обезвоживания
 - г) все ответы правильные
76. О каком заболевании следует подумать при наличии у ребенка прогрессирующей дистрофии, выраженной одышки без воспалительных изменений в легких, полиурии, полидипсии метаболического ацидоза, гипокалиемии, гипонатриемии, гипокальциемии, изогипостенурии, лейкоцитурии, значительного дефицита бикарбонатов?
- а) о почечном несахарном диабете
 - б) о синдроме Лайтвуда (почечном тубулярном ацидозе)
 - в) о пороке развития мочевыводящих путей
 - г) о кризе врожденной гиперплазии коры надпочечников
77. О каком заболевании у мальчика можно подумать при остром ухудшении состояния через 1.5-3 недели после рождения, появлении вялости, анорексии, рвоты фонтаном, быстрой потери массы тела, разлитого цианоза и мраморности кожных покровов, симптомов дыхательной и сердечной недостаточности, полиурии, диспепсии, метаболического ацидоза, гипонатриемии, гиперкалиемии, гипогликемии при нормальном строении половых органов?
- а) об остром энтероколите с эксикозом II-III степени
 - б) о пилоростенозе
 - в) о синдроме Дебре - Фибигера (криз надпочечниковой недостаточности при врожденной гиперплазии коры надпочечников)
 - г) о миокардите
78. О каком заболевании следует подумать при следующей симптоматике: с момента рождения на коже приступообразно появляются множественные линейные пузырьковые высыпания, чаще с прозрачным содержимым, на эритематозной основе, при вскрытии которых образуются поверхностные эрозии с последующей пигментацией? Одновременно возможно поражение глаз и нервной системы, выраженная эозинофилия (до 40%) в анализе крови.

- а) о синдроме Блоха - Сульцбергера (синдром врожденного недержания пигмента)
 - б) о болезни Риттера
 - в) об ихтиозиформной эритродермии Брокка
 - г) об асептической пщзырчатке новорожденных
- 79 . О каком заболевании следует подумать при наличии у ребенка гигантской массы тела при рождении, большой пупочной грыжи, макроглоссии, кардиомегалии, увеличения размеров печени и селезенки, гипогликемии?
- а) о диабетической эмбриофетопатии
 - б) о синдроме Видемана - Беквита
 - в) об инсулиноме (опухоли поджелудочной железы)
 - г) о врожденном гипотиреозе
- 80 . Может ли западать большой родничок при гнойном менингите?
- а) нет
 - б) да, при наличии у ребенка экзикоза
 - в) да, при присоединении вентрикулита
 - г) верно б) и в)
81. Диагноз синдрома Вильсона - Микити устанавливают
- а) по специфическим клиническим симптомам
 - б) по данным ультразвукового исследования
 - в) по рентгенограмме грудной клетки
 - г) по данным бронхоскопии
- 82 . Полная транспозиция магистральных сосудов характеризуется
- а) диффузным цианозом
 - б) одышкой
 - в) грубым систолическим шумом в сердце
 - г) тахикардией
83. Ведущими клиническими признаками отечной формы гемолитической болезни новорожденных являются
- а) прогрессирующая анемия
 - б) сердечная недостаточность
 - в) генерализованные отеки, гидрперикард, гидроторакс, асцит
 - г) все перечисленные
84. Ранняя гипокальциемия характерна
- а) для недоношенных новорожденных
 - б) для новорожденных от матерей с сахарным диабетом
 - в) для новорожденных, которым вводился гидрокарбонат натрия
 - г) всех перечисленных групп детей
85. Клиническая картина ранней гипокальциемии характеризуется
- а) мышечной гипотонией
 - б) генерализованными клоническими судорогами
 - в) брадикардией и приступами апноэ
 - г) всеми перечисленными симптомами
86. Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться вследствие
- а) гипогликемии
 - б) гипокальциемии
 - в) гипомагниемии
 - г) всех перечисленных факторов
- 87 . Судороги у новорожденного ребенка могут быть следствием

- а) нейроинфекции
 - б) внутричерепной родовой травмы
 - в) асфиксии
 - г) всех перечисленных заболеваний
88. В полиморфной клинической картине листериоза специфическим симптомом является
- а) плотная увеличенная печень
 - б) раннее появление желтухи
 - в) мелкие папулезные элементы на коже и на слизистых
 - г) очень тяжелое общее состояние
89. Механизм развития желтухи при врожденном гипотиреозе связан
- а) с каротинемией
 - б) с повышенной способностью кожи задерживать билирубин
 - в) с отсутствием стимулирующего действия тироксина на систему глюкуронилтрансферазы
 - г) все ответы правильные
90. Для стафилококкового сепсиса типичны
- а) локальные гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки
 - б) доминирование признаков острого токсикоза и гипертермия
 - в) синдром возбуждения
 - г) все перечисленные признаки
91. Вентрикулит клинически проявляется
- а) симптомами остро нарастающей внутричерепной гипертензии
 - б) ухудшением общего состояния
 - в) нарастанием патологической неврологической симптоматики
 - г) все ответы правильные
92. Какой из перечисленных показателей имеет наибольшее практическое значение для выявления признаков билирубиновой интоксикации и решения вопроса о проведении заменного переливания крови у недоношенного ребенка с конъюгационной гипербилируминемией?
- а) интенсивность желтухи
 - б) неврологическая симптоматика
 - в) концентрация билирубина в сыворотке крови
 - г) окраска стула и мочи
93. Какие изменения в периферической крови наиболее характерны для недоношенного ребенка с развернутой картиной внутриутробного сепсиса?
- а) лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
 - б) лимфоцитоз
 - в) моноцитоз
 - г) все ответы правильные
94. Ускорению синтеза сурфактанта в легких недоношенного ребенка способствует
- а) длительный безводный промежуток
 - б) хроническая внутриутробная гипоксия
 - в) введение беременной женщине незадолго до родов глюкокортикоидов
 - г) все перечисленное
95. Противопоказанием к применению метода дыхания с положительным давлением на выдохе в лечении дыхательной недостаточности у новорожденных детей является
- а) синдром аспирации мекония
 - б) внутриутробная пневмония

- в) пневмоторакс
 - г) болезнь гиалиновых мембран
96. Показаниями к внутривенному введению натрия гидрокарбоната являются
- а) декомпенсированный метаболический ацидоз
 - б) декомпенсированный дыхательный ацидоз
 - в) респираторно-метаболический ацидоз
 - г) все перечисленное выше
97. Наибольшее практическое значение в дифференциальной диагностике врожденного порока сердца синего типа с тяжелой формой синдрома дыхательных расстройств имеет
- а) катетеризация сердца
 - б) гипертоксически-гипервентиляционный тест
 - в) рентгенография грудной клетки
 - г) ЭКГ
98. Какие мероприятия необходимо провести при развитии у ребенка напряженного пневмоторакса?
- а) начать ингаляцию 100% кислорода
 - б) начать методику СДППД
 - в) выполнить однократную пункцию плевральной полости и удалить из нее воздух шприцем
 - г) выполнить плевральную пункцию и наладить активный дренаж плевральной полости
99. Какова причина развития СДР у новорожденных от матерей с сахарным диабетом?
- а) метаболические нарушения
 - б) нарушение синтеза сурфактанта
 - в) незрелость легочной ткани
 - г) все перечисленные нарушения
100. Какие мероприятия следует провести в родильном зале ребенку, родившемуся с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 6-7 баллов?
- а) отсосать слизь из верхних дыхательных путей и из желудка, ввести дыхательный аналептик
 - б) ввести дыхательный аналептик и глюкозу в вену пуповины, приступить к масочной ИВЛ мешком Амбу
 - в) отсосать слизь из верхних дыхательных путей, провести непрямой массаж сердца и аппаратную ИВЛ
 - г) отсосать слизь из верхних дыхательных путей, насухо вытереть ребенка и обеспечить адекватную оксигенацию через лицевую маску
101. При осмотре недоношенного ребенка, которому проводится ИВЛ, выявлено вздутие грудной клетки и коробочный перкуторный звук справа. Наиболее вероятной причиной является
- а) обтурация эндотрахеальной трубки
 - б) разгерметизация дыхательного контура
 - в) интерстициальная эмфизема
 - г) напряженный пневмоторакс
102. Какие осложнения встречаются при синдроме аспирации мекония?
- а) пневмония
 - б) пневмоторакс
 - в) пневмомедиастинум
 - г) все перечисленные осложнения
103. О чем свидетельствует быстрое нарастание ЦВД >8 см вод. ст. в ответ на экстренное восполнение дефицита ОЦК при гиповолемическом шоке?

- а) об эффективном восстановлении ОЦК
 - б) о нормализации периферического кровообращения и микроциркуляции
 - в) о нарушении насосной функции сердца
 - г) об улучшении насосной функции сердца
104. Ведущими в начальную фазу септического шока являются следующие симптомы
- а) снижение артериального давления
 - б) розовые кожные покровы
 - в) декомпенсированный метаболический ацидоз
 - г) все перечисленные симптомы
105. Тактика врача при вторичной асфиксии у новорожденного ребенка
- а) поднять головной конец кровати и обеспечить адекватную оксигенацию
 - б) немедленно интубировать трахею и начать аппаратную ИВЛ
 - в) восстановить свободную проходимость дыхательных путей, начать вспомогательную масочную ИВЛ, при отсутствии эффекта интубировать трахею и наладить аппаратную ИВЛ
 - г) поместить ребенка в кислородную палатку, опустить головной конец кровати и ввести дыхательные analeптики
106. Главной причиной неадекватной вентиляции легких является
- а) нарушение внутрилегочного распределения газа соответственно степени перфузии отдельных участков легких
 - б) функционирование фетальных коммуникаций
 - в) усиленная работа дыхательной мускулатуры
 - г) низкое сопротивление дыхательных путей
107. Степень тяжести гипоксемии у новорожденных детей не соответствует степени тяжести легочного заболевания
- а) при болезни гиалиновых мембран
 - б) при транзиторном тахипноэ новорожденных
 - в) при идиопатической персистирующей легочной гипертензии
 - г) при синдроме Вильсона - Микити
108. Какие причины могут способствовать развитию ДВС-синдрома у новорожденных детей?
- а) отслойка плаценты
 - б) обширная травма мягких тканей
 - в) инфекции
 - г) все перечисленные причины
109. Для стадии децентрализации кровообращения при гиповолемическом шоке характерны
- а) значительное снижение артериального давления и объема циркулирующей крови, низкое центральное давление, тахикардия
 - б) нормальное артериальное давление, тахикардия, сниженный объем циркулирующей крови, нормальное центральное венозное давление
 - в) повышенное артериальное давление, брадикардия, нормальный объем циркулирующей крови, высокое центральное венозное давление
 - г) сниженное артериальное давление, нормальный объем циркулирующей крови, высокое центральное венозное давление, брадикардия
110. Какие мероприятия нужно провести новорожденному с гиповолемическим шоком в стадии централизации кровообращения при центральном венозном давлении +10 см вод. ст.?
- а) назначить сердечные гликозиды и диуретики
 - б) начать восполнение ОЦК под контролем ЦВД и в случае его нарастания прекратить инфузию, назначить сердечные гликозиды, диуретики, допамин

- в) с целью дегидратации быстро ввести 20% раствор альбумина или маннитол
г) назначить ганглиоблокаторы без проведения инфузионной терапии
111. Для централизации кровообращения при гиповолемическом шоке характерны следующие показатели гемодинамики
- а) артериальное давление нормальное или повышено
 - б) тахикардия
 - в) центральное венозное давление нормальное или повышено
 - г) характерны все перечисленные показатели
112. Какие показатели гемодинамики характерны для переходной стадии гиповолемического шока?
- а) артериальное давление нормальное, брадикардия, центральное венозное давление и объем циркулирующей крови увеличены
 - б) артериальное давление, ЦВД и ОЦК снижены, тахикардия
 - в) артериальное давление увеличено, тахикардия, ЦВД и ОЦК в норме
 - г) артериальное давление нормальное, брадикардия, ЦВД и ОЦК увеличены
113. При каком типе гипоксии наиболее резко изменяется насыщение артериальной крови кислородом?
- а) гистотоксической
 - б) циркуляторной
 - в) анемической
 - г) гипоксической
114. Наиболее надежным критерием эффективной вентиляции является
- а) дыхательный объем
 - б) минутный объем дыхания
 - в) частота дыхания
 - г) P_aCO_2
115. При проведении операции заменного переливания крови возможны следующие осложнения
- а) острая сердечная недостаточность
 - б) тромбозы и эмболии
 - в) электролитные и обменные нарушения
 - г) все перечисленные осложнения
116. Какую максимальную концентрацию раствора глюкозы можно использовать при проведении парентерального питания через периферические вены?
- а) 5%
 - б) 10%
 - в) 12.5%
 - г) 20%
117. Инфузионная терапия в раннюю фазу септического шока направлена
- а) на восстановление ОЦК
 - б) на улучшение микроциркуляции
 - в) на уменьшение вязкости крови и тканевой гипоксии
 - г) все ответы правильные
118. Какие из перечисленных растворов противопоказано применять при сольтеряющей форме аденогенитального синдрома?
- а) растворы, содержащие натрий
 - б) растворы, содержащие калий
 - в) растворы глюкозы
 - г) все перечисленные растворы

119. Наиболее частой причиной анурии у новорожденного ребенка является
- врожденная аплазия почек
 - токсическое действие на почку медикаментозных средств
 - тромбоз почечных сосудов
 - уменьшение ОЦК и нарушение перфузии почек
120. Какое максимальное давление в конце вдоха допустимо применять при аппаратной ИВЛ у новорожденных детей?
- 10-15 см вод. ст.
 - 20-25 см вод. ст.
 - 30-35 см вод. ст.
 - 50-60 см вод. ст.
121. Какие осложнения возможны при длительном (более 10 суток) проведении полного парентерального питания без использования жировых эмульсий?
- снижение агрегационной способности тромбоцитов
 - холестаза
 - метаболический алкалоз
 - все ответы правильные
122. О недостаточном введении жидкости новорожденному ребенку в первую неделю жизни свидетельствует увеличение
- гематокрита
 - уровня азота мочевины в сыворотке крови
 - осмолярности плазмы
 - всех перечисленных показателей
123. Какое влияние на мозговой кровоток оказывает гиперкапния?
- увеличивает
 - уменьшает
 - сначала уменьшает, затем увеличивает
 - не оказывает влияния
124. Какой из перечисленных симптомов является дифференциально-диагностическим при исключении пневмоторакса у новорожденного ребенка?
- цианоз кожных покровов
 - ослабление дыхания
 - смещение органов средостения в сочетании с симптомами дыхательной недостаточности
 - асимметрия грудной клетки
125. Когда следует начинать внутривенное введение раствора хлорида калия при проведении инфузионной терапии новорожденным в первую неделю жизни?
- с 1-го дня жизни
 - со 2-го дня жизни
 - с 3-го дня жизни
 - с момента восстановления адекватного диуреза
126. Какие показатели следует определять для оценки адекватности инфузионной терапии?
- массу тела, скорость диуреза, гематокрит
 - осмолярность плазмы, уровень натрия в сыворотке крови, удельный вес мочи
 - частоту сердечных сокращений, системное артериальное давление, центральное венозное давление
 - все перечисленные показатели
127. Какие показатели необходимо определять в обязательном порядке

- для оценки адекватности инфузионной терапии у новорожденного ребенка?
- а) осмолярность плазмы, уровень азота мочевины в сыворотке крови, уровень натрия в моче
 - б) уровень натрия в сыворотке крови, удельный вес мочи, осмолярность мочи
 - в) массу тела, почасовой диурез, частоту сердечных сокращений
 - г) артериальное давление, центральное венозное давление, сердечный выброс
128. Какие показатели свидетельствуют о развитии у новорожденного ребенка острой почечной недостаточности?
- а) анурия в течение первых 32 часов жизни
 - б) снижение скорости диуреза менее 1 мл/кг/ч
 - в) снижение скорости диуреза менее 0.5 мл/кг/ч в сочетании с увеличением уровня креатинина в сыворотке крови
 - г) все ответы правильные
129. Катетер в пупочную вену для проведения операции заменного переливания крови необходимо вводить
- а) на глубину 15 см
 - б) на глубину, равную расстоянию от пупочного кольца до мечевидного отростка
 - в) на глубину, равную расстоянию от пупочного кольца до мечевидного отростка плюс 0.5-1 см
 - г) на глубину, равную расстоянию от пупочного кольца до яремной вырезки
130. Если пупочный катетер ошибочно введен в портальную вену, нужно
- а) срочно удалить катетер, отказавшись от попытки повторной катетеризации
 - б) подтянуть катетер на 3-5 см и попытаться ввести его повторно
 - в) ввести катетер 0.25% раствор новокаина и попытаться провести его дальше
 - г) ввести в пупочную вену (через то же отверстие) катетер меньшего диаметра, после чего первый катетер удалить
131. Самым важным в лечении острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей является
- а) гормональная терапия
 - б) введение кордиамина
 - в) насыщение дигоксином
 - г) внутривенное введение жидкости
132. О какой патологии нужно подумать в первую очередь, если у доношенного ребенка от стремительных родов в возрасте 5 часов отмечается бледность, вялость, гипотония, тахикардия, увеличение размеров печени, снижение уровня Нв и Нт?
- а) о внутричерепном кровоизлиянии
 - б) об острой сердечной недостаточности
 - в) о септическом шоке
 - г) о подкапсульной гематоме печени
133. С чем может быть связана перфорация кишечника после заменного переливания крови?
- а) с механической травмой кишечной стенки пупочным катетером
 - б) с наличием у ребенка порока развития кишечной стенки
 - в) с нарушением микроциркуляции в стенке кишечника
 - г) с тромбозом пупочной вены
134. На уровне PaO₂ в процессе проведения искусственной вентиляции легких наибольшее влияние оказывает
- а) концентрация кислорода в газовой смеси
 - б) максимальное давление на вдохе

- в) среднее давление в дыхательных путях
г) положительное давление в конце выдоха
135. При проведении искусственной вентиляции легких новорожденному с болезнью гиалиновых мембран для повышения P_{aO_2} целесообразнее
- а) увеличить концентрацию кислорода в газовой смеси
б) увеличить частоту дыхания
в) увеличить положительное давление в конце выдоха
г) увеличить максимальное давление на вдохе
136. Для повышения P_{aO_2} в процессе проведения искусственной вентиляции легких новорожденному ребенку с синдромом аспирации мекония целесообразнее
- а) увеличить концентрацию кислорода
б) увеличить частоту дыхания
в) увеличить положительное давление в конце выдоха
г) увеличить максимальное давление на вдохе
137. Как добиться устранения гипоксемии у ребенка с аспирацией мекония, если ему проводится искусственная вентиляция легких 100% кислородом с положительным давлением в конце выдоха 4 см вод. ст.?
- а) увеличить положительное давление в конце выдоха
б) уменьшить частоту дыхания
в) увеличить частоту дыхания
г) увеличить время выдоха
138. Для увеличения P_{aO_2} у ребенка с РДС, которому проводился ИВЛ 100% кислородом, целесообразно
- а) увеличить максимальное давление на вдохе
б) увеличить положительное давление в конце выдоха
в) увеличить частоту дыхательных циклов
г) увеличить время выдоха
139. Для снижения P_{aCO_2} у ребенка с аспирацией мекония на фоне гиповолемии целесообразнее
- а) увеличить максимальное давление на вдохе
б) увеличить положительное давление в конце выдоха
в) уменьшить соотношение времени выдоха и вдоха
г) увеличить частоту дыхательных циклов
140. Показанием к интубации трахеи при рождении является
- а) оценка по шкале Апгар на 1-й минуте менее 4 баллов
б) терминальное апноэ
в) густо окрашенные меконием околоплодные воды
г) все ответы правильные
141. Показанием к непрямому массажу сердца при рождении является
- а) отсутствие сердцебиения
б) частота сердечных сокращений менее 60 к концу 1-й минуты
в) частота сердечных сокращений менее 80 в минуту при адекватной вентиляции
г) все ответы правильные
142. Показанием к введению гидрокарбоната натрия при реанимации новорожденных в родильном зале является
- а) рН крови менее 7.00
б) оценка по шкале Апгар на 1-й минуте менее 4 баллов
в) сохранение декомпенсированного метаболического ацидоза на фоне адекватной вентиляции легких

- г) все ответы правильные
143. В каком режиме следует проводить искусственную вентиляцию легких новорожденному ребенку с аспирацией мекония, осложнившейся синдромом персистирующей легочной гипертензии?
- а) нормовентиляции
 - б) гипервентиляции
 - в) высокочастотной вентиляции
 - г) верно б) и в)
144. Как целесообразнее изменить параметры искусственной вентиляции легких при развитии у ребенка легочного кровотечения на фоне проведения аппаратной ИВЛ?
- а) уменьшить соотношение времени вдоха и выдоха
 - б) увеличить максимальное давление на вдохе и положительное давление в конце выдоха
 - в) увеличить частоту дыхательных циклов
 - г) все ответы правильные
145. Какой механизм отека мозга преобладает у новорожденных, перенесших асфиксию в родах?
- а) вазогенный
 - б) цитотоксический
 - в) межклеточный
 - г) все выражены в равной степени
146. При лечении доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, уровень сахара в сыворотке крови необходимо поддерживать в пределах
- а) 1.1-1.7 ммоль/л
 - б) 2.2-2.75 ммоль/л
 - в) 3.3-3.8 ммоль/л
 - г) 4.1-5.5 ммоль/л
147. Отрицательное действие гипергликемии на мозг у новорожденных, перенесших асфиксию в родах, заключается
- а) в увеличении концентрации лактата, нарастании метаболического ацидоза и повреждения нейронов
 - б) в увеличении мозгового кровотока
 - в) в увеличении внутричерепного давления
 - г) все ответы правильные
148. Повышенная секреция антидиуретического гормона у новорожденных, перенесших асфиксию в родах, наблюдается как правило в течение
- а) 1-2 дней
 - б) 3-4 дней
 - в) 5-6 дней
 - г) 7-10 дней
149. Повышенная секреция антидиуретического гормона у новорожденных, перенесших асфиксию в родах, проявляется
- а) гипонатриемией
 - б) снижением осмолярности крови
 - в) увеличением удельного веса и осмолярности мочи
 - г) всеми перечисленными эффектами
150. Санация трахеи под контролем прямой ларингоскопии в родильном зале показана
- а) во всех случаях окрашивания околоплодных вод меконием

- б) при рождении ребенка с массой тела менее 1200 г
 - в) в случае прокрашивания околоплодных вод меконием, если в родах страдало сердцебиение плода
 - г) во всех перечисленных случаях
151. Диагноз "синдром аспирации мекония" можно поставить на основании
- а) густого прокрашивания околоплодных вод меконием
 - б) наличия мекония в трахее при рождении
 - в) наличия рентгенологических признаков аспирационного синдрома на фоне клиники дыхательной недостаточности
 - г) наличия всех перечисленных признаков
152. Какая аускультативная картина в легких может наблюдаться у новорожденных с синдромом аспирации мекония?
- а) ослабленное дыхание, разнокалиберные влажные и крепитирующие хрипы
 - б) жесткое дыхание, хрипов нет
 - в) жесткое дыхание, грубые проводные хрипы
 - г) все ответы правильные
153. Для новорожденных с синдромом аспирации мекония наиболее характерны следующие аускультативные данные
- а) ослабление дыхания, крепитирующие хрипы
 - б) пуэрильное дыхание, проводные хрипы
 - в) жесткое дыхание, проводные и разнокалиберные влажные хрипы
 - г) ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы
154. Основной причиной гипоксемии у новорожденных с синдромом аспирации мекония является
- а) нарушение диффузии кислорода через альвеоло-капиллярную мембрану
 - б) нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
 - в) нарушение центральной регуляции дыхания
 - г) право-левое шунтирование крови через открытый артериальный проток
155. Какие изменения механики дыхания отмечаются при синдроме аспирации мекония в первые часы жизни?
- а) уменьшение растяжимости легких при нормальном сопротивлении дыхательных путей
 - б) увеличение сопротивления дыхательных путей при нормальной растяжимости легких
 - в) увеличение растяжимости легких при снижении сопротивления дыхательных путей
 - г) увеличение сопротивления дыхательных путей на фоне снижения растяжимости легких
156. Синдром аспирации мекония у новорожденных детей может осложниться
- а) пневмотораксом
 - б) пневмонией
 - в) синдромом персистирующей легочной гипертензии
 - г) всеми перечисленными заболеваниями
157. Какие из патофизиологических механизмов имеют значение в патогенезе болезни гиалиновых мембран?
- а) снижение растяжимости и объема легких
 - б) нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
 - в) снижение альвеолярной вентиляции и увеличение работы дыхания
 - г) все перечисленные механизмы

158. Какое осложнение может возникнуть при использовании высокого (8-10 см вод. ст.) уровня положительного давления в конце выдоха?
- гиперкапния
 - баротравма легких
 - снижение венозного возврата к сердцу
 - все ответы правильные
159. При развитии у ребенка наряженного пневмоторакса органы средостения
- смещаются в сторону поражения
 - смещаются в сторону здорового легкого
 - остаются на месте
 - могут смещаться как в сторону поражения, так и в сторону здорового легкого
160. Образование в легких ателектазов приводит
- к снижению растяжимости легких
 - к повышению растяжимости легких
 - к нарушению вентиляционно-перфузионных отношений
 - верно а) и в)
161. О развитии пневмоторакса у ребенка, которому проводится искусственная вентиляция легких, могут свидетельствовать
- асимметрия грудной клетки
 - цианоз и сероватый оттенок кожи
 - десинхронизация с респиратором
 - все перечисленные признаки
162. Применение положительного давления в конце выдоха при проведении искусственной вентиляции легких у новорожденных с гиповолиемией может вызвать
- увеличение сердечного выброса
 - уменьшение венозного возврата к сердцу
 - увеличение частоты сердечных сокращений
 - увеличение преднагрузки на сердце
163. На уровень P_{aO_2} оказывают влияние следующие параметры искусственной вентиляции легких
- концентрация кислорода
 - положительное давление в конце выдоха
 - время выдоха
 - все перечисленные параметры
164. На уровень P_{aCO_2} оказывают влияние следующие параметры искусственной вентиляции легких
- частота дыхания
 - концентрация кислорода
 - максимальное давление на вдохе
 - верно а) и б)
165. Синдром персистирующей легочной гипертензии характеризуется
- повышением давления в легочной артерии
 - стойкой артериальной гипоксемией и цианозом
 - праволевым шунтированием крови через открытый артериальный проток и/или овальное окно
 - всеми перечисленными признаками
166. Для синдрома персистирующего фетального кровообращения не характерно
- такипноэ и цианоз
 - отсутствие реакции на дополнительную оксигенацию
 - левоправое шунтирование крови через открытый артериальный проток
 - отсутствие патологических изменений

на рентгенограмме грудной клетки

167. Наряду с токсическим действием высоких концентраций кислорода и баротравмы легких в процессе аппаратной ИВЛ развитию у новорожденного бронхолегочной дисплазии может способствовать

- а) гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток
- б) отек легких вследствие объемной перегрузки малого круга кровообращения
- в) инфузионная терапия с использованием больших объемов жидкости
- г) все перечисленные факторы

168. Спонтанный пневмомедиастинум у новорожденных детей чаще протекает

- а) бессимптомно
- б) с резким ухудшением общего состояния
- в) с выраженной дыхательной недостаточностью
- г) с тяжелой недостаточностью кровообращения

169. Гистологически бронхолегочная дисплазия, развивающаяся у новорожденных, длительно находившихся на аппаратной ИВЛ, характеризуется

- а) утолщением и некрозом стенок альвеол
- б) деструкцией альвеолярного слоя эпителия
- в) деструкцией базальных мембран
- г) всеми перечисленными признаками

170. Причиной развития бронхолегочной дисплазии у новорожденных, длительно находящихся на аппаратной ИВЛ, является

- а) токсическое действие высоких концентраций кислорода на ткань легких
- б) травматического повреждения легочной ткани в результате применения максимального давления в конце вдоха более 30 см вод. ст.
- в) использование режимов с длительным временем вдоха
- г) все перечисленные

171. При напряженном пневмотораксе у новорожденного ребенка наблюдается

- а) внезапное ухудшение состояния
- б) асимметрия грудной клетки
- в) резкое снижение артериального давления
- г) все перечисленные симптомы

172. Интерстициальная эмфизема является наиболее тяжелым осложнением

- а) гипербарической оксигенации
- б) механической вентиляции легких
- в) экстракорпоральной мембранной оксигенации
- г) всех перечисленных методов оксигенотерапии

173. Тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки, напряжение и раздувание крыльев носа, затрудненный выдох характерны для новорожденных

- а) с болезнью гиалиновых мембран
- б) с внутриутробной пневмонией
- в) с синдромом аспирации мекония
- г) со всеми перечисленными заболеваниями

174. Скорость введения жировых эмульсий при проведении парентерального питания новорожденному ребенку не должна превышать

- а) 1-2 мл/ч
- б) 3-4 мл/ч
- в) 5-7 мл/ч
- г) 10-12 мл/ч

175. При проведении парентерального питания жировые эмульсии

- а) смешивают с 10% раствором глюкозы
 - б) смешивают с растворами аминокислот
 - в) смешивают с растворами электролитов
 - г) не смешивают с другими препаратами
176. При санации ротоглотки у новорожденного ребенка катетер вводится на глубину
- а) 2-3 см
 - б) 5-7 см
 - в) 8-10 см
 - г) 12-15 см
177. Оптимальное разряжение в системе при санации дыхательных путей у новорожденного ребенка составляет
- а) 0.3-0.4 атм
 - б) 0.5-0.6 атм
 - в) 0.7-0.8 атм
 - г) 0.9-1.0 атм
178. Длительность аспирации слизи при санации верхних дыхательных путей у новорожденного ребенка не должна превышать
- а) 10-15 с
 - б) 30-40 с
 - в) 50-60 с
 - г) 1-1.5 мин
179. Внезапное нарастание P_{aCO_2} у новорожденного, которому проводится аппаратная ИВЛ, может быть связано
- а) с развитием напряженного пневмоторакса
 - б) с obturацией эндотрахеальной трубки вязкой слизью
 - в) с разгерметизацией дыхательного контура
 - г) со всеми перечисленными факторами
180. При P_{aCO_2} менее 30 мм рт. ст.
- а) сердечный выброс и мозговой кровоток уменьшаются
 - б) сердечный выброс и мозговой кровоток увеличиваются
 - в) сердечный выброс снижается, а мозговой кровоток увеличивается
 - г) сердечный выброс и мозговой кровоток не изменяются
181. Новорожденного ребенка с массой тела 1500-2000 г следует интубировать трубкой размером
- а) 2.5 мм
 - б) 3.0 мм
 - в) 3.5 мм
 - г) 4.0 мм
182. Максимальное давление на вдохе при проведении искусственной вентиляции легких новорожденному в родильном зале должно составлять
- а) 15-20 см вод. ст.
 - б) 25-30 см вод. ст.
 - в) 31-35 см вод. ст.
 - г) 36-40 см вод. ст.
183. Через сколько времени с момента начала адекватной ИВЛ необходимо начать непрямой массаж сердца, если сохраняется брадикардия 40-60 в минуту?
- а) через 10-15 с
 - б) через 30-60 с
 - в) через 3 минуты
 - г) через 5 минут

184. Искусственную вентиляцию легких при рождении следует проводить только через эндотрахеальную трубку детям
- родившимся в терминальном апноэ (Апгар 0-2 балла)
 - родившимся с аспирацией мекония
 - недоношенным с массой тела менее 1200 г
 - все ответы правильные
185. Укажите нормальный уровень кальция в крови здорового доношенного новорожденного
- 1-2 ммоль/л
 - 2.2-2.7 ммоль/л
 - 3.1-3.7 ммоль/л
 - 4.5-5.5 ммоль/л
186. Какие биохимические показатели характерны для врожденного гипотиреоза?
- гипогликемия, гипохолестеринемия, гиперальбуминемия
 - гипогликемия, гиперхолестеринемия, гиперальбуминемия
 - гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, гепоальбуминемия
 - характерных для гипотиреоза изменений биохимических показателей крови не существует
187. Показана ли диагностическая люмбальная пункция во всех случаях судорожного синдрома у новорожденных детей?
- да
 - не показана при подозрении на метаболические нарушения
 - не показана при подозрении на внутричерепное кровоизлияние
 - не показана при подозрении на пиридоксинзависимые судороги
188. Дыхательный объем у здорового доношенного новорожденного с массой тела 3000 г равен
- 2 мл
 - 10 мл
 - 20 мл
 - 40 мл
189. Высокое значение P_{aO_2} отражает
- низкое сродство гемоглобина к кислороду
 - высокое сродство гемоглобина к кислороду
 - смещение кривой диссоциации оксигемоглобина вправо
 - верно а) и в)
190. Рентгенологическая картина в легких при пневмоцистозе напоминает
- "снежную бурю"
 - "сетчатое легкое"
 - "раздерганную вату"
 - "матовое стекло"
191. Рентгенологическая картина в легких при цитомегалии напоминает
- "снежную бурю"
 - "сетчатое легкое"
 - "раздерганную вату"
 - "матовое стекло"
192. Лабораторно-диагностическими критериями ДВС-синдрома являются
- удлинение протромбинового и частичного тромбопластинового времени
 - тромбоцитопения
 - снижение уровня фибриногена

- г) и увеличение уровня продуктов его деградации
все перечисленные
193. Время свертывания крови у здорового новорожденного составляет
- а) 1-2 минуты
 - б) 3-6 минут
 - в) 10-15 минут
 - г) 15-20 минут
194. Количество тромбоцитов у здорового новорожденного составляет
- а) 100 000 - 150 000 /мм³
 - б) 200 000 - 300 000 /мм³
 - в) 400 000 - 450 000 /мм³
 - г) 500 000 - 600 000 /мм³
195. Дифференциальный диагноз синдрома персистирующей легочной гипертензии с врожденным пороком сердца следует проводить с помощью
- а) исследования КОС и газового состава крови
 - б) рентгенографии грудной клетки
 - в) гипероксического теста
 - г) гипероксически-гипервентиляционного теста
196. Какой из перечисленных методов исследования оптимален в дифференциальной диагностике синдрома персистирующей легочной гипертензии и врожденного порока сердца синего типа?
- а) рентгенография грудной клетки
 - б) дифференциальная оксиметрия
 - в) доплерэхокардиография
 - г) гипероксический тест
197. Экстренную диагностику напряженного пневмоторакса удобнее осуществлять методом
- а) рентгенографии грудной клетки
 - б) трансиллюминации
 - в) эхографии
 - г) компьютерной томографии
198. Тампонада сердца с наибольшей достоверностью может быть диагностирована с помощью
- а) эхокардиографии
 - б) электрокардиографии
 - в) рентгенографии грудной клетки
 - г) перкуссии
199. Интерстициальная эмфизема легких у новорожденного ребенка может быть диагностирована с помощью
- а) перкуссии грудной клетки
 - б) аускультации
 - в) рентгенографии грудной клетки
 - г) любого из перечисленных методов
200. Каков объем циркулирующей крови (ОЦК) у доношенного новорожденного?
- а) 60-70 мл/кг
 - б) 80-90 мл/кг
 - в) 100-120 мл/кг
 - г) 120-130 мл/кг

201. Какие основные принципы развивающего ухода в отделении интенсивной терапии новорожденных?

- 1) улучшение оксигенации;
- 2) питание, достаточное для прибавки веса;
- 3) предупреждение деформаций мышц и скелета;
- 4) сотрудничество с родителями;
- 5) создание комфортных условий ребенку;
- 6) все выше перечисленное*

202. Какие изменения происходят в головном мозге недоношенного ребенка в период с 23 до 40 недель гестации?

- 1) миграция и пролиферация нейронов; *
- 2) миелинизация и образование синапсов; *
- 3) рост аксонов и образование дендритов; *
- 4) формирование вентрикулярной системы;
- 5) процессы нейруляции

203. Какие влияния окружающей среды имеют критическое значение для развития головного мозга недоношенного ребенка?

- 1) чрезмерные сенсорные стимулы;
- 2) болевые воздействия;
- 3) длительное вынужденное положение на плоской поверхности кровати (кувеза);
- 4) использование нефро- и ототоксичных препаратов;
- 5) частые перекладывания ребенка;
- 6) все вышеперечисленное*

204. Какие ключевые моменты предупреждения постуральных деформаций?

- 1) смена положения головы;
- 2) укладка по типу «гнезда»;
- 3) смена положения туловища в супинацию и пронацию;
- 4) смена положения интубационной трубки;
- 5) все вышеперечисленное*

205. Какие факторы риска нарушений функции слуха у недоношенных детей?

- 1) акустическая травма;
- 2) использование аминогликозидов;
- 3) длительная ИВЛ;
- 4) гипербилирубинемия;
- 5) TORCH-синдром;
- 6) все вышеперечисленное*

206. Когда у плода возникает тактильная чувствительность?

- 1) в 12-14 недель внутриутробного развития; *
- 2) в 23-28 недель внутриутробного развития;
- 3) после 40 недели гестации

207. Когда у плода развиваются основные структуры и проводящие пути зрительного анализатора?

- 1) после 40 недели гестации;
- 2) после 36 недели гестации;
- 3) после 24 недели гестации *

208. К какому гестационному возрасту развивается обоняние?

- 1) после 28 недели гестации;
- 2) после 40 недели гестации;
- 3) после 18 недели гестации*

209. Правильная укладка недоношенного ребенка в положении на спине включает:

- 1) голова и нижние конечности имеют опору в виде стенок «гнезда»;

- 2) голова расположена по средней линии или в сторону не более, чем на 45 градусов;
- 3) плечевые суставы слегка ротированы внутрь, руки согнуты в локтевых суставах и приведены к лицу;
- 4) все выше перечисленное *

210. Факторы риска формирования неврологической инвалидизации у недоношенных детей включают:

- 1) перенесенное ВЖК;
- 2) кистозная форма ПВЛ;
- 3) сепсис в неонатальном периоде;
- 4) инфекционные болезни матери во время беременности;
- 5) все выше перечисленное *

211. Офтальмологическому осмотру в неонатальном периоде подлежат новорожденные дети:

- 1) недоношенные дети до 37 недель гестации;
- 2) недоношенные дети рожденные при сроке беременности до 35 недель и массой тела менее 2000 гр.; *
- 3) все недоношенные дети после перевода из отделения реанимации новорожденных

212. В какие сроки проводится первичный осмотр офтальмолога недоношенным детям:

- 1) в возрасте 4-х недель жизни для детей, рожденных после 26 недели гестации ; *
- 2) в постконцептуальном возрасте 30-31 неделя для детей, рожденных в 22-26 недель гестации; *
- 3) при достижении постконцептуального возраста 40 недель

213. С какой кратностью офтальмолог проводит осмотры при выявлении риска развития ретинопатии недоношенных?

- 1) каждые 2 недели до завершения васкуляризации сетчатки; *
- 2) каждые 3 дня;
- 3) через 1 месяц

214. С какой кратностью офтальмолог проводит осмотры при выявлении начальных стадий ретинопатии недоношенных?

- 1) каждые 2 недели до завершения васкуляризации сетчатки; *
- 2) каждую 1 неделю; *
- 3) каждые 3 дня

215. С какой кратностью офтальмолог проводит осмотры при выявлении III стадии ретинопатии недоношенных?

- 1) каждые 2 недели до завершения васкуляризации сетчатки; *
- 2) каждую 1 неделю; *
- 3) каждые 3 дня*

216. В какие сроки проводится операция лазеркоагуляции сетчатки при выявлении показаний к ней:

- 1) в течение 72 часов; *
- 2) в течение 1 недели;
- 3) в течение 1 месяца

217. Диспансерное наблюдение офтальмологом в специализированных кабинетах катамнеза (или учреждениях) за недоношенными детьми ведется до возраста:

- 1) 6 месяцев;
- 2) 1 год; *
- 3) 2 года

218. Штаты кабинета катамнестического наблюдения за недоношенными детьми должны включать:

- 1) врача-педиатра; *
- 2) врача-невролога; *
- 3) врача-офтальмолога; *
- 5) врача-неонатолога

219. Штаты амбулаторного отделения (кабинета) для детей раннего возраста, нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации недоношенных детей должны включать:

- 1) врача-педиатра; *
- 2) врача-невролога; *
- 3) врача-офтальмолога; *
- 5) врача-неонатолога;
- 6) врача-оториноларинголога; *
- 7) врача-детского хирурга; *
- 8) врача-травматолога-ортопеда; *
- 9) врача-пульмонолога;
- 10) врача-кардиолога

220. Риск инвалидизации при ВЖК III степени у недоношенного ребенка составляет;

- 1) 15%;
- 2) 95%;
- 3) 65%*

221. Возможными неблагоприятными последствиями у недоношенных детей являются заболевания:

- 1) БЛД;
- 2) ДЦП;
- 3) нарушение зрения и слуха;
- 4) нарушения физического развития;
- 5) все вышеперечисленное*

222. Динамика психомоторного развития у недоношенных детей на первом году жизни:

- 1) имеет неуклонное снижение развития;
- 2) характеризуется отсутствием развития с первых месяцев жизни;
- 3) имеет неравномерный характер с периодами «мнимого благополучия» *

223. Диагноз ДЦП недоношенному ребенку следует диагностировать в возрасте:

- 1) 2 месяца жизни;
- 2) 6 месяцев жизни;
- 3) после 9 месяцев жизни*

224. Осложнениями массивных ВЖК на первом году жизни могут быть:

- 1) окклюзионная гидроцефалия;
- 2) микроцефалия;
- 3) вентрикуломегалия статичная;
- 4) все вышеперечисленное*

225. Неврологическая инвалидизация при кистозной форме ПВЛ обусловлена формированием:

- 1) спастической диплегии; *
- 2) гиперкинетической формой ДЦП;
- 3) гемиплегией;
- 4) грубой задержкой интеллектуального развития

226. Массивные ВЖК могут осложниться развитием окклюзии в периоды:

- 1) первую неделю после ВЖК; *
- 2) первые 3 месяца после ВЖК; *
- 3) после 6-го месяца жизни*

227. Программы ранней реабилитации недоношенных детей включают:

- 1) комплекс мер, направленных на стимуляцию рефлексов орального автоматизма;
- 2) комплекс мер, направленных на выработку и закрепление потребности ребенка общения со взрослыми;
- 5) комплекс мер, направленных на активную стимуляцию становления мелкой моторики - стремление дотрагиваться до новых объектов, а затем их ощупывание;

- 6) комплекс мер, направленных на стимуляцию способности фиксировать взор и проследить за движущимся предметом;
- 7) грудное вскармливание, «непитательное» прикладывание к груди;
- 8) все вышеперечисленное*

228. Первичный аудиологический скрининг у недоношенного ребенка проводится:

- 1) в возрасте 3-4 дней;
- 2) в возрасте 7 дней; *
- 3) в возрасте 40 недель;
- 4) в возрасте 6 месяцев

229. Аудиологический скрининг при успешной регистрации отоакустической эмиссии у недоношенного ребенка проводится:

- 1) не проводится;
- 2) проводится в возрасте 6 месяцев; *
- 3) в возрасте 40 недель

230. Аудиологическое обследование при отсутствии регистрации отоакустической эмиссии у недоношенного ребенка проводится:

- 1) в возрасте 6 месяцев;
- 2) в возрасте 1 года;
- 3) сразу после выписки из неонатального стационара*

231. Для оценки темпов физического развития недоношенных используются показатели:

- 1) прибавки массы тела;
- 2) длины тела;
- 3) окружности головы;
- 4) окружности груди;
- 5) все вышеперечисленное*

232. Для оценки адекватных темпов роста недоношенного ребенка на первом году жизни используются шкалы:

- 1) шкала Дементьевой Г.М.;
- 2) шкала Babson/Benda; *
- 3) шкала Fenton; *
- 4) кривые NICHD (National Institute of Child Health and Development); *
- 5) шкалы INTERGROWTH21; *
- 6) центильные таблицы А.М. Мазурина, И.М. Воронцова

233. Рефлексы орального и спинального автоматизма, кроме сосательного, угасают в возрасте:

- 1) 3 месяца; *
- 2) 6 месяцев;
- 3) 1 год

234. Какие рефлексы относятся к позотоническим?

- 1) ЛТР (лабиринтно-тонический рефлекс); *
- 2) ЛУР (лабиринтно-установочный рефлекс);
- 3) «Парашютный» рефлекс;
- 4) поза фехтовальщика; *
- 5) рефлекс парения Ландау

235. Когда угасают тонические рефлексы?

- 1) после 3 –го месяца жизни; *
- 2) после 1 –го года жизни;
- 3) не угасают

236. Выберите правильное описание симметричного шейно-тонического рефлекса:

- 1) при приведении головы ребенка к груди происходит выпрямление ног и сгибание рук; *

- 2) при запрокидывании головы назад происходит сгибание ног и выпрямление рук; *
- 3) при сгибании головы к груди происходит сгибание рук и ног;
- 4) при запрокидывании головы назад происходит разгибание рук и ног

237. В каком возрасте появляются выпрямляющие (лабиринтно-установочные) рефлексы?

- 1) после 52-55 недель постконцептуального возраста; *
- 2) после 90 недель пкв;
- 2) сразу после рождения

238. В какой последовательности развивается ребенок на первом году жизни:

- 1) поднимает голову в положении на животе, переворачивается, встает на четвереньки, ползает, садится, встает у опоры, ходит самостоятельно; *
- 2) поднимает голову в положении на животе, встает на четвереньки, переворачивается, ползает, садится, встает у опоры, ходит самостоятельно;
- 3) поднимает голову в положении на животе, переворачивается, встает на четвереньки, садится, ползает, встает у опоры, ходит самостоятельно

239. В каком гестационном возрасте появляется рефлекс сосательный?

- 1) в 36 недель пкв;
- 2) в 28 недель пкв;
- 3) с 15 недели внутриутробного развития*

240. В каком гестационном возрасте появляется глотание?

- 1) в 36 недель пкв;
- 2) в 28 недель пкв;
- 3) в 12-14 недель внутриутробного развития*

241. Какой прирост окружности головы у недоношенного ребенка на первом году жизни?

- 1) 2-4 см/месяц; *
- 2) 1 см/месяц;
- 3) 0,5 см/мес

242. Какая прибавка массы тела оптимальна для недоношенного ребенка в первые 3 месяца жизни:

- 1) 25-30 г/сутки; *
- 2) 10-15 г/сутки;
- 3) 40-50 г/сутки

243. Какая прибавка массы тела оптимальна для недоношенного ребенка с 3 месяцев и до 1 года:

- 1) 25-30 г/сутки;
- 2) 10-15 г/сутки; *
- 3) 40-50 г/сутки

244. Наблюдение пульмонолога у детей с легкой формой БЛД показано при диспансеризации на 1-м году жизни:

- 1) 1 раз в месяц;
- 2) 1 раз в 3 -6 месяцев; *
- 3) 1 раз в 2 месяца

245. Наблюдение пульмонолога у детей со среднетяжелой и тяжелой формой БЛД показано при диспансеризации на 1-м году жизни:

- 1) 1 раз в месяц; *
- 2) 1 раз в 3 -6 месяцев;
- 3) 1 раз в 2 месяца

246. Применение препарата паливизумаб для профилактики инфекции нижних дыхательных путей, вызванной рино-синцитиальным вирусом показано:

- 1) Детям в возрасте до 6 месяцев, рожденным до 35 недели гестации; *

2) детям в возрасте до 2-х лет, которым требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 месяцев; *

3) детям в возрасте до 2 лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца*

247. Детям группы риска по развитию инфекции нижних дыхательных путей, вызванной риносинцитиальным вирусом препарат паливизумаб вводится по схеме:

1) в течение сезонного подъема заболеваемости (с октября до апреля) 5 инъекций препарата с интервалом в 1 месяц; *

2) в течение сезонного подъема заболеваемости (с октября до апреля) 2 инъекции препарата с интервалом в 1 месяц;

3) в течение сезонного подъема заболеваемости (с октября до апреля) однократно

248. Программы реабилитации недоношенных детей с неврологическими нарушениями включают:

1) лечебную физкультуру и массаж;

2) применение тренажеров, мячей-фитбол, специальных укладок;

3) использование тугоров, гипсовых укладок;

4) особую нутритивную поддержку;

5) все вышеперечисленное*

249. При проведении лечебной физкультуры используются методики:

1) Бобат-терапии;

2) Войта –терапии;

3) метода оро-фациальной гимнастики Кастильо Моралес;

4) все вышеперечисленное*

250. Недоношенные дети на первом году жизни подлежат иммунизации:

1) всеми вакцинами по прививочному календарю; *

2) только вакциной против туберкулеза;

3) не подлежат иммунизации

251. Психо-моторное развитие недоношенных детей оценивается:

1) в соответствии с фактическим возрастом;

2) в соответствии с постконцептуальным возрастом; *

3) до 6 месяцев- в соответствии с пкв, далее- в соответствии с фактическим возрастом

252. При оценке психо-моторного развития у недоношенных детей используются шкалы:

1) шкала Журбы Л.Т.;

2) Денверский тест;

3) шкала КАТ/КЛАМС

4) все вышеперечисленные*

253. При лечении перинатальных поражений ЦНС у детей первого года жизни эффективными средствами являются:

1) вазоактивные препараты;

2) витамины группы В парентерально;

3) седативные средства;

4) дериваты телячьей крови;

5) полипептиды коры головного мозга скота;

6) ничего из перечисленного; *

7) все вышеперечисленное

254. Семейно- ориентированная медицинская помощь при выхаживании недоношенного ребенка включает:

1) вовлечение членов семьи в лечебный процесс;

2) укрепление привязанности родителей к ребенку;

3) поощрение грудного вскармливания;

4) повышение доверия родителей к медицинскому персоналу;

5) все вышеперечисленное*

255. Следует ли прервать беременность при следующем анамнезе:

Беременность V (в анамнезе 4 родов: из четверых детей один родился слепым, другой умер в младенчестве, третий- глухонемой, четвертый- заболел туберкулезом.) Отец- болен сифилисом, мать- болела туберкулезом.

- 1) прервать беременность;
- 2) сохранить беременность

256. Какой из перечисленных показателей наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране?

- а) уровень рождаемости
- б) уровень смертности
- в) количество врачей на душу населения
- г) младенческая смертность

257. Какой из перечисленных показателей в большей степени определяет уровень ранней неонатальной смертности?

- а) количество недоношенных детей
- б) количество перенесенных детей
- в) количество незрелых детей
- г) количество детей, "маленьких к гестационному возрасту"

258. Какой удельный вес ранней неонатальной смертности в структуре младенческой смертности при высоком ее уровне?

- а) 5-10%
- б) 20-30%
- в) 40-50%
- г) 70-80%

259. Какую часть от расчетного количества коек послеродового отделения должны составлять койки для новорожденных детей в родильном доме?

- а) 85-90%
- б) 95-100%
- в) 105-107%
- г) 115-120%

260. Какую часть от количества коек послеродового отделения должны составлять койки поста интенсивной терапии в неспециализированном родильном доме?

- а) 5%
- б) 10%
- в) 15%
- г) 20%

261. Укажите наиболее опасный источник вирусной инфекции в родильном доме

- а) больные ОРВИ беременные или родильницы
- б) больной ОРВИ персонал
- в) больные дети в инкубационном периоде
- г) больные дети со стертыми формами заболевания

262. Сколько времени можно хранить в холодильнике непастеризованное молоко, собранное у матери в ночные часы?

- а) не более 6 часов
- б) не более 12 часов
- в) не более 24 часов

г) не более 48 часов

263. Использованные маски замачиваются в растворе хлорамина

- а) на 30 мин
- б) на 1 час
- в) на 2 часа
- г) на 4 часа

265. От качества работы какого лечебного учреждения в основном зависит дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне?

- а) родильного дома
- б) отделения патологии новорожденных
- в) женской консультации
- г) отделения реанимации

266. Укажите последовательность обработки новорожденного акушеркой в родильном зале

- а) взвешивание, первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
- б) первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
- в) вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи, взвешивание
- г) взвешивание, вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи

267. Какой должна быть тактика в отношении здоровых новорожденных, находившихся в контакте с больными детьми, при возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания?

- а) перевести в наблюдательное отделение
- б) выписать домой после взятия посевов и сообщить в поликлинику
- в) перевести в отделение патологии новорожденных
- г) все ответы правильные

268. Какой должна быть тактика в отношении больных новорожденных при возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания?

- а) перевести в наблюдательное отделение и назначить лечение
- б) оставить на месте, назначив лечение
- в) немедленно перевести в соответствующий стационар
- г) все ответы правильные

269. Наблюдение за контактными детьми, выписанными на участок, при возникновении в роддоме

группового инфекционного заболевания должно проводиться

- а) в течение срока максимального инкубационного периода
- б) в течение 2 недель
- в) в течение 3 недель
- г) в течение 1 месяца

270. На каком расстоянии от кожного края пупочного кольца должна накладываться шелковая лигатура на пуповину у новорожденных с гемолитической болезнью?

- а) 3-4 мм
- б) 5-6 мм
- в) 1-2 см

г) 3-4 см

271. В борьбе со злостным хроническим носительством эпидемических штаммов бактерий среди персонала родильного дома следует

- а) проводить непрерывную санацию персонала
- б) провести тщательное обследование и лечение очагов хронической гнойной инфекции у "злостных бациллоносителей"
- в) провести иммунизацию "злостных бациллоносителей" стафилококковым анатоксином для создания активного иммунитета в организме
- г) перевести "злостных бациллоносителей" для работы в другое учреждение

272. Скобка должна накладываться выше от кожного края пупочного кольца на расстоянии

- а) 3-4 мм
- б) 5-6 мм
- в) 1-2 см
- г) 3-4 см

273. Роль акушеров родильного дома в снижении перинатальной смертности определяется

- а) умением правильно накладывать акушерские щипцы
- б) умением правильно выбирать тактику родов
- в) умением хорошо производить операцию кесарева сечения
- г) умением правильно осуществлять реанимацию новорожденных

274. Какую часть от количества коек послеродового отделения должны составлять койки для новорожденных наблюдательного отделения в неспециализированном родильном доме?

- а) не менее 5%
- б) не менее 10%
- в) не менее 20%
- г) не менее 30%

275. Санитарная норма площади на 1 койку новорожденного в физиологическом отделении родильного дома составляет

- а) 1 м²
- б) 2 м²
- в) 3 м²
- г) 4 м²

276. Санитарная норма площади на 1 койку новорожденного в наблюдательном отделении и в палатах интенсивной терапии родильного дома составляет

- а) 1.5 м²
- б) 2.0 м²
- в) 4.5 м²
- г) 6.0 м²

277. Какая температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома?

- а) не ниже 20-22°C
- б) не ниже 22-24°C
- в) не ниже 24-26°C
- г) не ниже 26-28°C

278. В течение какого времени подвергается обработке грудное молоко при пастеризации?
- 2-3 мин с момента закипания воды в бане
 - 5-7 мин с момента закипания воды в бане
 - 7-10 мин с момента закипания воды в бане
 - 15-20 мин с момента закипания воды в бане
279. Как долго можно хранить в холодильнике сцеженное грудное молоко после пастеризации?
- не более 6 часов
 - не более 12 часов
 - не более 24 часов
 - не более 48 часов
280. Какой удельный вес составляет ранняя неонатальная смертность в структуре младенческой смертности при низком ее уровне?
- 10-20%
 - 30-40%
 - 45-50%
 - 70-75%
281. Какое отделение следует организовать в первую очередь, если нет возможности создать всю систему специализированной помощи новорожденным?
- отделение выхаживания недоношенных детей
 - отделение патологии новорожденных
 - отделение для новорожденных с поражением ЦНС
 - отделение хирургии новорожденных
282. Какова основная роль педиатра в перинатальной охране плода
- активно наблюдать за беременными женщинами
 - иметь хороший контакт с акушером, ведущим беременную
 - готовить девочек к материнству
 - снижать заболеваемость новорожденных в раннем неонатальном периоде
283. Как часто должна производиться смена инкубатора при лечении недоношенного ребенка в родильном доме?
- 1 раз в 3 дня
 - 1 раз в неделю
 - 1 раз в 10 дней
 - 1 раз в 2 недели
284. Сколько раз в день должна производиться влажная уборка палат в отделении новорожденных родильного дома?
- 1 раз
 - 2 раза
 - 3-5 раз
 - 6-7 раз
285. В каком случае можно говорить о появлении в роддоме группового инфекционного заболевания новорожденных
- при одновременном возникновении в течение 1-3 дней 3 и более случаев токсико-септических заболеваний
 - при одновременном возникновении в течение 5 дней 3 и более случаев локальных форм гнойной инфекции

- в) при одновременном возникновении в течение 5 дней 5 и более случаев локальных форм гнойной инфекции
г) верно а) и в)
286. Какова основная эпидемиологическая локализация госпитальных штаммов стафилококка в организме человека?
а) на коже
б) на слизистой носоглотки
в) в области промежностей
г) на слизистой носовых ходов
287. Каковы основные пути передачи внутрибольничной инфекции?
а) через руки персонала
б) через продукты питания
в) через белье
г) через предметы ухода
288. Каковы основные пути распространения клебсиеллезной инфекции?
а) внутрибольничное заражение
б) занос инфекции матерями
в) аэрогенный путь распространения
г) все ответы правильные
289. Принципов работы каких лечебных учреждений должно придерживаться отделение патологии новорожденных?
а) родильного дома
б) инфекционного отделения
в) соматического отделения
г) сочетания принципов работы родильного дома и инфекционного отделения
290. Где лучше всего организовать отделение патологии новорожденных?
а) в комплексе с родильным домом
б) на базе детской клинической больницы
в) как самостоятельное лечебное учреждение
г) в комплексе с отделением выхаживания недоношенных
291. Наиболее целесообразно размещать больных детей в отделении патологии новорожденных
а) в палаты-полубоксы
б) в одно- и двухместные боксы
в) в общую палату
г) в профилированные по заболеванию палаты
292. Причинами, чаще всего приводящими к смерти в перинатальном периоде, являются
а) аномалии развития
б) пороки развития
в) варианты развития
г) все в одинаковой степени
293. Перенесенные дети чаще всего погибают
а) в антенатальном периоде
б) в интранатальном периоде
в) в раннем неонатальном периоде

- г) на 1-м месяце жизни
294. Перинатальным называют период
- а) с момента рождения до 7-го дня жизни
 - б) с момента оплодотворения до родов
 - в) с 28 недели внутриутробного развития до 7-го дня жизни
 - г) с 28 недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни
295. Основной причиной смертности в перинатальном периоде является
- а) родовая травма
 - б) асфиксия
 - в) пороки развития
 - г) гемолитическая болезнь новорожденных
296. Из какого расчета целесообразно планировать количество коек в отделениях 2-го этапа выхаживания недоношенных детей?
- а) 100 коек на 1000 преждевременных родов в год
 - б) 80 коек на 1000 преждевременных родов в год
 - в) 50 коек на 1000 преждевременных родов в год
 - г) 40-45 коек на 1000 преждевременных родов в год
297. При оценке работы отделения патологии и выхаживания недоношенных детей в первую очередь необходимо учитывать
- а) количество детей с поражением ЦНС
 - б) количество детей с внутриутробной гипотрофией
 - в) количество детей с массой тела менее 1500 г
 - г) количество незрелых детей
298. При пастеризации гибнут
- а) все вегетативные формы микробов
 - б) большинство вегетативных форм
 - в) все споры
 - г) большинство спор
299. Детские кровати в палатах для новорожденных родильных домов должны располагаться на расстоянии не менее
- а) 0.5 м друг от друга
 - б) 1 м
 - в) 1.5 м
 - г) 2 м
300. Для проведения ремонта, дезинфекционных и санитарных мероприятий отделения новорожденных в больницах должны закрываться
- а) 1 раз в год
 - б) 2 раза в год
 - в) ежеквартально
 - г) только по особым показаниям
301. Разработка и анализ перинатальной смертности нужны для установления особенностей взаимоотношений в системе "мать - плацента - плод"
- б) разработки мероприятий по своевременной диагностике и лечению заболеваний плода и новорожденного
 - в) профилактики перинатальной патологии
 - г) все ответы правильные

302. Первое место в структуре причин младенческой смертности принадлежит
- инфекционным заболеваниям
 - заболеваниям органов дыхания
 - заболеваниям перинатального периода
 - врожденным порокам
303. Показания к переводу новорожденного из родильного дома в стационар определяет
- заведующий отделением новорожденных родильного дома
 - главный врач родильного дома
 - заведующий отделением новорожденных стационара
 - главный врач стационара
304. Противопоказанием к вакцинации новорожденных против туберкулеза в родильном доме является
- масса тела при рождении менее 2000 г
 - пиодермия
 - гемолитическая болезнь новорожденных
 - все ответы правильные
305. Заключительная обработка боксов в отделении патологии и выхаживания недоношенных детей должна проводиться
- каждые 3-5 дней
 - каждые 6-8 дней
 - каждые 10-12 дней
 - каждые 14-15 дней
306. Показатель минимальной перинатальной смертности на современном этапе составляет
- 2-3 на 1000
 - 5-6 на 1000
 - 7-8 на 1000
 - 10-15 на 1000
307. Показатель перинатальной смертности отражает
- качество акушерской помощи
 - качество педиатрической помощи
 - эффективность социально-демографической политики в целом
 - все перечисленное
308. Патология антенатального, интранатального и раннего неонатального периода объединена в одном показателе перинатальной смертности
- так как этиологические и патогенетические механизмы ее возникновения на разных отрезках перинатального периода едины
 - для облегчения статистического учета деятельности родильных домов
 - для единой оценки деятельности акушеров и педиатров
 - все ответы правильные
309. Основной причиной антенатальной гибели плода является
- родовая травма
 - асфиксия
 - внутриутробная инфекция
 - отечная форма гемолитической болезни

310. Среди перечисленных причин гибели новорожденных в раннем неонатальном периоде самой частой является
- а) родовая травма
 - б) синдром дыхательных расстройств
 - в) гемолитическая болезнь новорожденных
 - г) внутриутробные инфекции
311. Показанием для перевода новорожденного ребенка из родильного дома в больницу является
- а) инфекционное заболевание
 - б) тяжелая гипотрофия
 - в) подозрение на наследственную патологию
 - г) все перечисленное
312. Перинатальный центр должен обязательно иметь в своей структуре
- а) консультативно-диагностический блок
 - б) акушерский блок
 - в) педиатрический блок
 - г) все названные подразделения
314. Противопоказанием к совместному пребыванию ребенка с матерью в родильном доме (со стороны матери) является
- а) тяжелая нефропатия во время беременности
 - б) экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации
 - в) оперативные вмешательства при родах
 - г) все перечисленное
315. Относительная влажность воздуха в палатах для новорожденных родильного дома должна быть
- а) 20-30%
 - б) 40-50%
 - в) 55-60%
 - г) 70-80%
316. Полезная площадь на одного ребенка в отделении патологии и выхаживания недоношенных детей должна составлять не менее
- а) 3 м²
 - б) 4 м²
 - в) 5 м²
 - г) 6 м²
317. Критерием мертворождения является
- а) отсутствие самостоятельного дыхания при рождении
 - б) отсутствие сердцебиения в первые 10 минут после рождения
 - в) отсутствие реакции зрачков на свет через 10 мин после рождения
 - г) все перечисленные признаки
318. Отчетной формой, дающей основную информацию о новорожденных в родильном доме, является
- а) форма №1 "Отчет лечебно-профилактических учреждений"
 - б) вкладыш №3
 - в) история развития новорожденного
 - г) свидетельство о перинатальной смерти

319. Может ли оценка по шкале Сильвермана заменить оценку по шкале Апгар?
- а) может у недоношенных детей
 - б) может при наличии у новорожденного синдрома дыхательных расстройств с первых минут жизни
 - в) может при рождении ребенка в состоянии медикаментозной депрессии
 - г) не может
320. Сколько коек в расчете на 1000 преждевременных родов следует выделять в отделениях патологии и выживания недоношенных детей?
- а) 20-30
 - б) 35-40
 - в) 45-50
 - г) 55-60
321. При подозрении на кишечную инфекцию у недоношенного ребенка, находящегося в отделении новорожденных родильного дома, его следует перевести
- а) в наблюдательное отделение родильного дома
 - б) в инфекционное отделение детской больницы
 - в) в боксированное отделение инфекционной больницы
 - г) в отделение патологии и выживания недоношенных детей
322. Профилактику внутрибольничных инфекций в отделениях патологии новорожденных наиболее полно обеспечивает
- а) соблюдение цикличности заполнения палат
 - б) регулярная смена халатов персонала
 - в) правильная обработка рук персоналом
 - г) адекватная текущая обработка палат
323. Чем отличается свидетельство о смерти в перинатальном периоде от обычного свидетельства о смерти?
- а) ничем
 - б) свидетельство о смерти в перинатальном периоде заполняется только акушерами
 - в) в свидетельстве о смерти в перинатальном периоде указываются два основных заболевания
 - г) только тем, что оно заполняется и на умерших в антенатальном периоде
324. Для проведения плановой дезинфекции акушерский стационар должен закрываться
- а) не менее 1 раза в год
 - б) не менее 2 раз в год
 - в) не менее 1 раза в квартал
 - г) не менее 1 раза в два года
325. Бактериологический контроль в акушерских стационарах должен проводиться
- а) не менее 1 раза в месяц
 - б) не менее 1 раза в два месяца
 - в) не менее 1 раза в три месяца
 - г) не менее 1 раза в шесть месяцев

326. В отделениях патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей инфекционные заболевания диагностируются
- у 10% госпитализированных
 - у 15-20% госпитализированных
 - у 30-40% госпитализированных
 - у 50-60% госпитализированных
327. Переводу в наблюдательное отделение акушерского стационара не подлежат
- новорожденные от матерей с гипертермией в послеродовом периоде
 - дети, родившиеся вне родильного дома
 - "отказные" дети, подлежащие усыновлению
 - дети, заболевшие гнойно-септическими заболеваниями в физиологическом отделении родильного дома
328. Об эффективности дезинфекционных мероприятий в акушерских стационарах судят
- по отсутствию в смывах золотистого стафилококка
 - по отсутствию в смывах энтеробактерий
 - по отсутствию в смывах синегнойной палочки
 - по отсутствию в смывах всех перечисленных микроорганизмов
329. Снижение количества преждевременных родов и улучшение исходов среди недоношенных детей определяется анализом
- социально-психологических факторов
 - демографических факторов
 - физиологии и патологии перинатального периода
 - совокупности всех перечисленных факторов
330. Среди перечисленных причин преждевременных родов самой частой является
- возраст женщины более 30 лет
 - половой инфантилизм
 - гипертоническая болезнь
 - вегето-сосудистая дистония
331. Для соблюдения цикличности палаты новорожденных в физиологическом отделении родильного дома должны заполняться в течение не более
- 1 суток
 - 2 суток
 - 3 суток
 - 4 суток
332. В отделениях патологии и выхаживания недоношенных новорожденных стерильным бельем следует пользоваться
- до полного заживления пупочной ранки
 - в течение 1 недели
 - в течение 2 недель
 - в течение 3 недель
333. В осуществлении эпидемиологического надзора за гнойно-септическими заболеваниями среди новорожденных принимают участие
- акушерские стационары
 - детские поликлиники
 - детские больницы
 - все перечисленные учреждения

334. При бактериологическом исследовании воздуха учитывают
- общую бактериальную обсемененность и наличие золотистого стафилококка
 - наличие кишечной палочки
 - наличие синегнойной палочки
 - наличие энтеробактерий
335. Показатель заболеваемости внутрибольничными инфекциями исчисляется
- на 100 родившихся живыми
 - на 100 родившихся живыми и мертвыми
 - на 1000 родившихся живыми
 - на 1000 родившихся живыми и мертвыми
336. Предвестниками эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре являются
- появление среди новорожденных заболеваний одной нозоформы
 - возникновение случая инфекционного заболевания с тяжелым течением (сепсис, менингит и т.п.)
 - групповые инфекционные заболевания (более, чем у 3 детей одновременно)
 - хотя бы один из перечисленных факторов
337. Доминирующей флорой в отделениях патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей является
- стрептококк
 - грамотрицательная флора
 - вирусы
 - грибки
338. Источником внутрибольничной инфекции в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей являются
- больные дети
 - матери в инкубационном периоде инфекционного заболевания
 - бациллоносители среди персонала
 - все перечисленные группы
339. Влажная уборка палат в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей должна проводиться не реже
- 1 раза в сутки
 - 2 раз в сутки
 - 3 раз в сутки
 - 4 раз в сутки
342. В течение первого года жизни недоношенный ребенок должен осматриваться невропатологом
- каждый месяц
 - каждые 2-3 месяца
 - каждые 4-5 месяцев
 - в возрасте 1 месяца, затем не реже 2 раз в год
343. В течение первого года жизни недоношенный ребенок должен осматриваться хирургом и ортопедом
- в возрасте 1 и 3 месяцев
 - в возрасте 1, 3 и 6 месяцев

- в) каждый месяц до 6 месяцев
 - г) в возрасте 1 месяца
344. Укажите сроки первого дородового патронажа медсестрой детской поликлиники
- а) после поступления сведений о беременной из женской консультации
 - б) на 12-15-й неделе беременности
 - в) на 18-20-й неделе беременности
 - г) на 25-28-й неделе беременности
345. Укажите сроки второго дородового патронажа медсестрой детской поликлиники
- а) 12-15 недель беременности
 - б) 20-25 недель беременности
 - в) 31-32 недель беременности
 - г) 35-36 недель беременности
346. Доношенность или недоношенность определяются
- а) продолжительностью беременности
 - б) массой тела и ростом ребенка при рождении
 - в) признаками, характеризующими зрелость ребенка
 - г) совокупностью перечисленных показателей
348. Укажите самый частый путь заражения новорожденных детей грибком
- а) через руки персонала
 - б) через соски
 - в) при прохождении через влагалище во время родов
 - г) через инфицированные соски грудных желез матери
350. Возбудителем групповых инфекционных заболеваний в закрытых детских коллективах чаще всего является
- а) вирус гриппа
 - б) RS-вирус
 - в) аденовирус
 - г) энтеровирусы
351. Наиболее опасным источником заражения ОРВИ из перечисленных являются
- а) больные в остром периоде заболевания
 - б) больные со стертыми формами и в инкубационном периоде
 - в) реконвалесценты ОРВИ
 - г) все в равной степени
352. Средняя частота реинфекции в боксированных отделениях составляет
- а) 1-3%
 - б) 4-8%
 - в) 10-20%
 - г) 30-40%
353. Средняя частота реинфекции в небоксированных отделениях составляет
- а) 2-10%
 - б) 12-20%
 - в) 21-28%
 - г) 30-35%

356. Носовые ходы и наружные слуховые проходы у новорожденного ребенка при необходимости обрабатывают стерильными ватными жгутиками, смоченными
- 2% раствором борной кислоты
 - кипяченой водой
 - стерильным вазелиновым маслом
 - слабо-розовым раствором марганцевокислого калия
357. Заболевшие новорожденные с массой тела менее 1000 г переводятся из родильного дома в детские больницы
- сразу после установления диагноза
 - после подтверждения диагноза лабораторными и другими специальными методами исследования
 - на 2-3-й дни жизни
 - не ранее 7-го дня жизни
359. Вакцинация БЦЖ новорожденных, контактных с заболевшими токсико-септическими заболеваниями в родильном доме проводится
- на 2-й день после выписки из родильного дома
 - через 7 дней после выписки из родильного дома
 - через 10 дней после выписки из родильного дома
 - после 1-го года жизни
360. Вакцинация БЦЖ противопоказана при
- врожденных ферментопатиях
 - иммунодефицитных состояниях
 - наличии активного туберкулеза у других детей в семье
 - во всех указанных случаях
361. Вакцинация БЦЖ при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи проводится после выздоровления через
- 7 дней
 - 10 дней
 - 30 дней
 - после 1-го года жизни
362. Вакцинация БЦЖ детей, перенесших внутриутробный сепсис, проводится через
- 10 дней
 - 30 дней
 - 6 месяцев
 - 12 месяцев
363. Вакцинация новорожденных, перенесших гемолитическую болезнь, проводится
- при выписке из роддома
 - через 6 месяцев при отсутствии анемии
 - через 3 месяца
 - после 1-го года
364. Ответственность за организацию реанимационной помощи новорожденным детям в родильном зале несет
- анестезиолог
 - заведующий родблоком
 - заведующий отделением новорожденных
 - ответственный дежурный

365. За оснащение родильного зала оборудованием для реанимации новорожденных, его обработку и поддержание в исправности ответственность несет
- а) анестезиолог
 - б) заведующий родблоком
 - в) заведующий отделением новорожденных
 - г) старшая акушерка
366. Противопоказанием для перевода в отделение реанимации являются:
- а) множественные пороки развития, несовместимые с жизнью
 - б) необратимые поражения головного мозга
 - в) терминальная стадия неизлечимой болезни
 - г) все ответы правильные
367. Задачами выездной бригады реанимации являются
- а) оказание консультативной и реанимационной помощи новорожденным детям в акушерских и лечебных стационарах
 - б) оказание реанимационной помощи на месте до полной стабилизации состояния и во время транспортировки
 - в) консультативная помощь врачами по телефону для оказания неотложной помощи новорожденным до приезда бригады
 - г) все перечисленные
368. Сложности в организации службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных обусловлены
- а) отсутствием директивных документов, регламентирующих службу реанимации новорожденных
 - б) отсутствием специализированных отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных при многопрофильных больницах
 - в) недостатком специально подготовленных врачей-реаниматологов и медицинских сестер
 - г) всеми перечисленными факторами
369. Неонатальная выездная бригада реанимации подчиняется
- а) руководителю службы скорой помощи
 - б) главному врачу и заведующему отделением реанимации, на базе которого работает выездная бригада
 - в) главному анестезиологу-реаниматологу города
 - г) главному неонатологу города
370. Площадь палаты на 1 реанимационную койку для новорожденного должна быть не менее
- а) 4 м²
 - б) 6 м²
 - в) 8-10 м²
 - г) 12-15 м²
371. Из общей площади отделения реанимации новорожденных на лечебные палаты должно приходиться не менее
- а) 10%
 - б) 20%
 - в) 40%
 - г) 60%

372. Режим работы палат отделения реанимации новорожденных должен приближаться к режиму работы
- инфекционного отделения
 - операционного блока
 - акушерского отделения
 - терапевтического отделения
373. Абсолютным показанием к переводу новорожденных детей в отделение реанимации является
- наличие у ребенка симптомов дыхательной недостаточности
 - резко выраженные нарушения функции жизненно важных органов, коррекция которых возможна только с помощью специальных методов интенсивной терапии
 - наличие у ребенка симптомов сердечной недостаточности
 - все перечисленные состояния
374. Персонал палаты интенсивной терапии роддома и педиатрического стационара должен уметь осуществлять следующий объем помощи новорожденному ребенку
- реанимационные мероприятия при остановке сердца и дыхания
 - инфузионную терапию
 - различные варианты оксигенотерапии, включая дыхание под постоянным положительным давлением
 - все перечисленное
375. Задачей персонала палат реанимации и интенсивной терапии отделений анестезиологии и реанимации является
- оказание реанимационного пособия больным в терминальных состояниях
 - проведение специальных методов интенсивной терапии (гемосорбция, парентеральное питание, искусственная вентиляция легких и др.)
 - проведение консультативной и организационно-методической работы по улучшению реанимационной помощи новорожденным детям на всех этапах
 - все перечисленное

3.2. Вопросы для устного собеседования

- Организация работы в родильном доме – классические подходы и новые тенденции
- Трехуровневая система помощи новорожденным. Принципы маршрутизации
- Ведение документации родильного зала, связанной с оказанием реанимационной помощи новорожденных. Правила заполнения реанимационной вкладыш-карты
- Основы акушерства: физиологические изменения в организме женщины во время беременности, сроки ультразвукового скринингового исследования
- Основные нормативные документы, методические рекомендации по организации ухода за новорожденными.
- Физиологические роды, кардиотокограмма, нормы длительности по периодам, околоплодные воды и их патология, послеродовый период
- Физиологические роды: ведение родов в головном и тазовом предлежании, периоды родов, мониторинг состояния плода
- Патологические роды: роды, осложнившиеся аномалиями родовой деятельности, неправильные положения и предлежания плода, акушерские щипцы, вакуум экстракция плода
- Особенности новорожденных, извлеченных путем операции Кесарево сечение. Норма и патология плаценты.
- Хориоамниониты.

11. Отсроченное пережатие пуповины. Milking – proandcontra
12. Родильный зал: оценка состояния в родзале (оценка по шкале Апгар), профилактика гипотермии
13. Подготовка оборудования для проведения первичной реанимации, первичная реанимация доношенных и недоношенных новорожденных
14. Орофарингиальное орошение в родильном зале. Микробиома грудного молока
15. Вакцинация новорожденных: вакцинация против гепатита В, вакцинация против туберкулеза. Сроки проведения
16. Стигмы дисэмбриогенеза
17. Микробиота грудного молока. Совместное пребывание матери и новорожденного
18. Грудное молоко – микробиота, иммунные клетки, стволовые клетки и генетический материал
19. Основы реанимации новорожденных, подготовка к реанимации
20. Респираторная терапия у недоношенных детей в родильном доме. NCPAP в родильном зале
21. Острые заболевания легких и дыхательных путей у недоношенных детей
22. Особенности респираторной адаптации недоношенных детей в родильном доме. NCPAP в родильном зале
23. Реанимационная помощь детям, рожденным в асфиксии
24. Реанимационная помощь детям, рожденным с синдромом мекониальной аспирации (СМА)
25. Определение «Преждевременные роды».
26. Признаки живорождения.
27. Определение «Недоношенный ребенок», «Ребенок с низким весом при рождении», «Ребенок малый к сроку гестации».
28. Признаки морфо-функциональной незрелости у новорожденного.
29. Принцип работы со шкалой Балларда.
30. Особенности состава грудного молока у преждевременно родивших женщин.
31. Преимущества грудного вскармливания для недоношенного ребенка.
32. Определение «Трофическое питание».
33. Особенности гемограммы недоношенного ребенка.
34. Определение гипотермии новорожденного.
35. Анатомо-физиологические особенности ЦНС, способствующие возникновению внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенного ребенка.
36. Ключевой фактор патогенеза респираторного дистресс синдрома у новорожденного.
37. Заместительная терапия при респираторном дистресс синдроме.
38. Методы лечения гипербилирубинемии у новорожденного.
39. Основные причины инвалидизации у недоношенного ребенка.
40. Документы, регламентирующие оказание первичной реанимационной помощи новорожденным в родовспомогательном учреждении.
41. Оснащение реанимационного места в родильном зале.
42. Лекарственные препараты для оказания первичной реанимации новорожденным в родильном зале.
43. Организация работы палаты интенсивной терапии в род. доме.
44. Показания к переводу новорожденных из род. зала в ПИТ.
45. Показания к переводу новорожденных в отделения реанимации и интенсивной терапии 3-го уровня.
46. Пути потери тепла новорожденными.
47. Методы обогрева новорожденного.
48. Клиническая картина холодовой травмы новорожденного.
49. Связь между уровнем метаболизма и температурой тела.
50. Понятие физической и химической терморегуляции.
51. Особенности строения кожи и подкожно-жирового слоя у новорожденного и недоношенных детей.

52. Основные принципы транспортировки новорожденного из родильного блока в отделение.
53. Понятие, определение асфиксии. Классификация. Патофизиология.
54. Общие принципы и методы неинвазивного контроля газового состава крови у новорожденных.
55. Синдром кардиореспираторной депрессии.
56. Цикл «оценка-решение-действие».
57. Методы проведения ИВЛ.
58. Какие лекарственные препараты допустимы для использования в родильном зале, понятие «полипрогмазия».
59. Понятие «медикаментозной депрессии».
60. Причины наличия патологических примесей в околоплодных водах.
61. Синдром задержки резорбции фетальной жидкости. Клиническая картина.
62. Санитарно-эпидемический режим палаты новорожденных в род. блоке.
63. Методы оксигенотерапии.
64. Метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением. Показания, противопоказания.
65. Методика пульсоксиметрии.
66. Какой % ОЦК замещается при проведении ОЗПК из расчета 1,2 и 3.
67. Какой % прямого билирубина является физиологически допустимым.
68. Варианты поражения ЦНС у доношенных
69. новорожденных, перенесших в родах тяжелую асфиксию.
70. Патогенез внутрижелудочковых кровоизлияний и морфологические особенности незрелого мозга.
71. Варианты поражения ЦНС у недоношенных новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию в родах.
72. Варианты кровоизлияний наиболее характерные для родовой травмы и тяжелой гипоксии в родах.
73. Какие участки спинного мозга чаще повреждаются при ягодичном предлежании и при головном.
74. Характерные проявления тяжелой травмы спинного мозга в первые часы после рождения.
75. Клиника при параличе Клюбке, Эрба, Керера.
76. Лечебные мероприятия при гипоксически – ишемических поражениях ЦНС в раннем неонатальном периоде.
77. Лечебные мероприятия у новорожденных с акушерскими парезами и параличами верхних конечностей.
78. Причины гидроцефалии.
79. Какой объем жидкости можно вывести при проведении ЛП у детей с вентрикуломегалией.
80. Показатели ликворограммы характерные для гнойного менингита и для серозного менингита.
81. Какие факторы являются определяющими в выборе стартовой антибактериальной терапии при гнойном менингите.
82. Факторы риска развития грибкового менингита.
83. Исход при гнойном менингите.
84. Критерии отмены АБТ при менингите.
85. Различия между бактериемией, синдромом системной воспалительной реакции, сепсисом и септическим шоком.
86. От чего зависит глубина нарушений кислотно-основного состояния и электролитного баланса у новорожденных с сепсисом.
87. Принцип выбора стартовой АБТ сепсиса.
88. Нормальные значения рН артериальной и капиллярной крови.
89. Нормальные значения рО₂ артериальной и капиллярной крови.
90. Нормальные значения рСО₂ артериальной и капиллярной крови.
91. Механизм развития гипогликемии у новорожденного.

92. Этиология, патогенез и клинические проявления гипокальциемии.
93. Нормальные показатели натрия и калия в сыворотке крови.
94. Что позволяет заподозрить трахеопищеводный свищ в первые дни жизни.
95. Что характерно для напряженного пневмоторакса. Методы терапии.
96. Какова патофизиологическая основа развития легочных кровоизлияний у новорожденных.
97. Причины шумного дыхания.
98. Распространённая клиническая форма ОРВИ у новорожденных детей.
99. Когда проводится гипероксически-гипервентиляционный тест.
100. При каких ВПС показано введение простагландина E.
101. Врождённые пороки сердца с аномальным расположением сосудов.
102. Клиника кишечной формы муковисцидоза.
103. Препараты выбора при муковисцидозе.
104. Клинические стадии развития ЯНЭК.
105. Рентгенологические стадии ЯНЭК.
106. Принципы лечения ЯНЭК.
107. Причины возникновения рвоты молоком при желудочно-пищеводном рефлюксе.
108. Какие врожденные нарушения метаболизма могут привести к развитию ацидоза в неонатальном периоде.
109. Пренатальная диагностика врожденных нарушений метаболизма.
110. Какие метаболические нарушения могут проявляться синдромом внезапной младенческой смерти или острым, угрожающим жизни состоянием.
111. Принципы расчета инфузионной терапии у новорожденных.
112. Особенности инфузионной терапии при экзикозе.
113. Показания к инсулинотерапии у новорожденных.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. Регистрировать и понимать КОС, водно-электролитный баланс.
2. Оценить регистрацию ЭКГ, НСГ и расшифровку полученных данных.
3. Рассчитать объем энтерального питания для доношенных и недоношенных новорожденных.
4. Рассчитать объём парентерального питания у доношенных и недоношенных новорожденных с различной перинатальной патологией, в том числе и у детей с экстремально низкой массой тела.
5. Читать рентгенограммы грудной и брюшной полостей, рентгенограммы костей черепа и скелета.
6. Контролировать основные параметры жизнеобеспечения при патологической адаптации.
7. Выявлять и оказывать помощь при транзиторных нарушениях дыхания и кровообращения, эндокринной системы в процессе адаптации новорожденного, транзиторной потере массы тела.
8. Эксплуатировать аппараты для респираторной терапии и непрерывного наблюдения за пациентами;
9. Осуществить вспомогательную и принудительную вентиляцию легких новорожденных детей при помощи реанимационных мешков, аппаратов для первичной реанимации с Т-образным коннектором, аппаратов традиционной, включая неинвазивную ИВЛ и ВЧО ИВЛ
10. Осуществить непрерывное наблюдение (мониторинг) за состоянием новорожденного ребенка
11. Установить показания и производить катетеризацию периферических и центральных вен, осуществлять контроль за состоянием новорожденного пациента в процессе проводимой инфузионной терапии и гемотрансфузии; распознать и правильно лечить

- осложнения катетеризации периферических и центральных, включая пневмо-, гидро- и гемоторакс
12. Распознавать нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений
 13. Диагностировать и лечить гиповолемические состояния
 14. Диагностировать и лечить нарушения свертывающей и противосвертывающей системы крови
 15. Определить показания, организовать и провести гемотрансфузию у пациентов с кровопотерей и ГБН, включая операцию обменного переливания крови
 16. Организовать оптимальные условия для выхаживания и интенсивной терапии детей с экстремальной и очень низкой массой тела.
 17. Организовать и провести комплекс неотложных медицинских мероприятий у новорожденных при:
 - асфиксии новорожденного;
 - респираторном дистресс синдроме и других заболеваниях, сопровождающихся острой дыхательной недостаточностью;
 - различных видах шока и других случаях острой сердечной-сосудистой недостаточности;
 - гипоксически-ишемической энцефалопатии; внутричерепной родовой травме и других случаях тяжелых поражений ЦНС, сопровождающихся отеком вещества головного мозга;
 - судорожном синдроме;
 - острой почечной недостаточности;
 - острой надпочечниковой недостаточности;
 - острой кровопотери;
 - ДВС – синдроме;
 - геморрагическом синдроме;
 - синдроме гипотермии;
 - гипертермическом синдроме;
 - синдроме гипербилирубинемии;
 - синдроме полицитемии;
 - синдроме обезвоживания;
 - гипогликемии и гипергликемии у новорожденных;
 - болевом синдроме;
 - сепсисе новорожденных;
 - других видах полиорганной недостаточности;
 - некротизирующем энтероколите (с учетом стадии заболевания);
 - острых нарушениях ритма сердца;
 - критических (дуктусзависимых) ВПС;
 - других пороках развития (лицевого череп, мозга и внутренних органов), требующих хирургического вмешательства.
 18. Определять и профилактировать транзиторные нарушения кожных покровов, пищеварительной системы и функции почек.
 19. Диагностировать и оказывать медицинскую помощь при гипербилирубинемиях новорожденных
 20. Определять и лечить транзиторные гипогликемию, гипокальциемию, гипомагниемию и ацидоз.
 21. Проводить санитарно-просветительскую работу среди мам новорожденных
 22. Осуществлять руководство средним и младшим медицинским персоналом и контролировать выполнение ими служебных обязанностей;
 23. Соблюдать требования санитарно-эпидемического режима;
 24. Соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в своей врачебной практике.

3.4. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Новорожденный 1 сутки жизни, вызов в палату совместного пребывания. Из анамнеза известно, что ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии I степени, угрозы прерывания (12 недель), по УЗИ отмечалось многоводие. При рождении состояние удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, масса тела 2780г, длина тела 50см. Со слов матери, с рождения отмечается обильное слюнотечение, а при попытке накормить ребёнка смесью из бутылочки (мать от грудного вскармливания отказалась), смесь стала вытекать через рот и носовые ходы. При зондировании пищевода зонд встречает препятствие на расстоянии 5-6 см от десен. Проба Элефанта положительная.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Какие дополнительные методы необходимо использовать, чтобы подтвердить Ваш диагноз? Какие результаты Вы ожидаете?
3. Какой должна быть тактика неонатолога в отношении этого ребёнка?
4. В чём заключается проба Элефанта?
5. Какие особенности оказания первичной реанимационной помощи детям с таким диагнозом?

Эталон ответа:

1. Атрезия пищевода: пенистые выделения через рот и нос при рождении, при кормлении, препятствие прохождению желудочного зонда и положительная проба Элефанта.
2. Необходимо провести рентгеноконтрастное исследование пищевода - эзофагограмму. Если это изолированная атрезия пищевода, то на эзофагограмме в прямой проекции отмечается слепой мешок с контрастом. Контраст в желудок не проходит.
3. Провести аспирацию содержимого ротовой полости, исключить энтеральное кормление, начать парентеральное питание и в экстренном порядке госпитализировать ребёнка в ДХО для последующего обследования и лечения.
4. Проба Элефанта: после постановки желудочного зонда в пищевод вводится 10 мл воздуха. При атрезии пищевода быстро введенный воздух с характерным шумом выходит обратно через нос и рот (проба положительная). При нормальной проходимости пищевода воздух бесшумно проходит в желудок (проба отрицательная).
5. У детей с установленным пренатально диагнозом "Атрезия пищевода" при проведении реанимационных мероприятий нельзя использовать такой метод респираторной поддержки, как СРАР.

Ситуационная задача № 2

Девочка родилась от 2 нормально протекавшей беременности, вторых родов в сроке 41 неделя. Масса при рождении 3900гр., длина 54 см., оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В выписке из родильного дома имеется информация о позднем отхождении мекония, медленной эпителизации пупочной ранки, пупочной грыже, пролонгированной желтухе. С рождения мать отмечает отечность лица, сухость и шелушение кожи, низкий голос, склонность к запорам.

В медицинской карте ребенка отметка о заборе крови на наследственные заболевания не обнаружена.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какая дальнейшая тактика у неонатолога родильного дома?
4. Какие осложнения возможны

Ответ: Врожденный гипотиреоз, тяжелая форма.

Для определения врожденной патологии, в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» (приказ Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорождённых детей на наследственные заболевания»), генетический скрининг выполняется всем детям в роддоме на 4 сутки у доношенных детей и на 7 сутки жизни у недоношенных (берется кровь из пяточки на специальный тест - бланк)

Исследование гормонального статуса: ТТГ, Т4св., Т3; УЗИ щитовидной железы.

Гипертиротропинемия, гипотироксинемия; дисплазия щитовидной железы

Пожизненная заместительная гормональная терапия препаратами левотироксина: Эутирокс или L-тироксин 10-15 мкг\кг\сут.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Мальчик 2 сут. жизни, на обходе Вы заметили, что он щадит левую руку, свободные движения в ней ограничены. Из анамнеза известно, что ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов. Настоящая беременность протекала на фоне гестационного сахарного диабета, кроме того у матери ребёнка ожирение I степени. В процессе родов отмечались затруднения при выведении плечиков. При рождении состояние ребёнка удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, масса тела 4200 г, длина тела 49 см. При пальпации ключиц слева определяется небольшая припухлость над областью ключицы слева и крепитация, ребёнок реагирует громким пронзительным плачем. По остальным органам и системам - без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы, чтобы подтвердить диагноз?
3. Какова тактика неонатолога при постановке данного диагноза?
4. Какие особенности переломов у детей раннего возраста Вы знаете?
5. Риск развития какого состояния существует у детей, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом? Как его отследить?

Эталоны ответов

1. Перелом левой ключицы. Ребёнок от матери с гестационным сахарным диабетом.
2. Необходимо выполнить обзорную рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции с захватом ключиц.
3. Необходимо провести иммобилизацию конечности, для этого используется повязка Дезо. Критерий оценки достигнутого результата - уменьшение болезненности при пеленании, уменьшение беспокойства.
4. Чаще у детей происходят переломы кортикального слоя, когда противоположный кортикальный слой кости на этом уровне остается не поврежденным. Эти переломы еще называют переломами по типу «зеленой ветки» или «живого прута». Надломы, переломы и поднадкостничные переломы являются наиболее типичными и частыми повреждениями в детском возрасте. Надкостница при этих переломах остается не поврежденной, поэтому консолидация происходит быстрее.
5. У детей от матерей с гестационным сахарным диабетом существует риск развития ранней неонатальной гипогликемии. Чтобы отследить данное состояние, необходимо контролировать уровень глюкозы в крови. У детей из групп риска первое определение глюкозы в крови должно быть сделано через 30 минут после рождения, а далее каждые 3 часа в течение первых двух суток.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Девочка, 2 сутки жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года. Беременность вторая (первая закончилась срочными родами, ребенку 4 года), на учете в женской консультации наблюдалась с 30 недель. Во время настоящей беременности при сроке 8-9 недель отмечалась неопытная

мелкоточечная сыпь в течение 2 дней и боль в области шеи. В это же время в детском саду, который посещает старший ребенок, отмечалась эпидемия краснухи. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, от стационарного лечения отказывалась. Роды II, преждевременные, на 35-36-й неделе. 1-й период — 5 часов, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 7 часов 30 минут, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2150 г, длина тела 43 см, окружность головы — 28 см, грудной клетки — 29 см.

При первичном осмотре у ребенка с множественными стигмами дизэмбриогенеза состояние тяжелое за счет угнетения функций ЦНС, синдрома дыхательных расстройств, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка — на 1 см, плотные при пальпации.

На 2-е сутки жизни состояние тяжелое, адинамия, арефлексия, резкая мышечная гипотония. Микрофтальмия. Кожные покровы бледные. Отмечается петехиальная сыпь. В легких дыхание ослаблено. Тоны сердца приглушены, выслушивается грубый систолический шум. Живот увеличен в размере, печень и селезенка прежних размеров.

Дополнительные данные исследования к задаче:

Общий анализ крови: НЬ — 144 г/л, Ег — $4,1 \times 10^{12}/л$, Тг — $95,0 \times 10^9/л$, Лейк — $7,1 \times 10^9/л$.

Вопросы:

- О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
- Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
- Чем характеризуется классическая триада Грегга?
- Чем обусловлены изменения на коже при данной патологии?
- Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмологическом исследовании?
- Какова тактика лечения больного?
- Кем должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике после выписки?

Ответ:

1. Врожденная краснуха. Недоношенность 35-36 недель.
2. ИФА, ПЦР
3. Катаракта, глухота, порок сердца.
4. Снижены Тг – петехиальная сыпь
5. Катаракта (поражение хрусталика)
6. Специального лечения краснухи не требуется.
7. Инфекционист, офтальмолог, ЛОР, невролог.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Девочка, 6 сутки жизни. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды на 39 неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. Первый период – 12 часов, второй – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при рождении – 4200 г, длина – 54 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение: Магния сульфат, Викасол, на пятые сутки выписан домой.

При осмотре 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: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева - хватательный и рефлекс Моро слева резко 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. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +, защитный +, спинальные +.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
5. С какого возраста данному ребенку необходимо начать проведение профилактики рахита?

Ответы:

1. Родовая травма шейного отдела позвоночника. Парез левой руки.
2. Диагноз поставлен на основании клинической картины заболевания: хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, неправильное положение руки. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцей слева не вызывается.
3. Пациенту рекомендовано: рентгенография шейного отдела позвоночника и ключицы.
4. Показана консультация врача-невролога, врача-хирурга, врача-ортопеда.
5. Рекомендуются препараты витамина Д3 с 28-х суток жизни.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6.

Новорожденный, 1 сутки жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность 5 лет назад закончилась срочными родами, вторая была 3 года назад, закончилась выкидышем при сроке 19 недель. Настоящая беременность третья, протекала с гестозом. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды в 38 недель, самостоятельные. 1-й период - 6 часов 30 минут, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание околоплодных вод, оболочек пуповины и кожи новорожденного. При первом осмотре выявлено увеличение размеров печени до + 5 см и селезенки до +3 см.

Билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 1 часа жизни, уровень непрямого билирубина составил 125 мкмоль/л. Hb периферической крови, определенный по cito сразу после рождения, 100 г/л.

Вопросы:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование.
3. Назначьте и обоснуйте лечение.

Эталон к задаче.

1. Учитывая из анамнеза матери: Rh-отрицательная кровь, отягощенный акушерский анамнез (роды, выкидыш при сроке 19 недель), нерегулярное наблюдение в женской консультации; и по данным ребенка - желтушное прокрашивание околоплодных вод, оболочек пуповины и кожи при рождении, увеличение размеров печени до + 5 см и селезенки до +3 см, уровень билирубина пуповинной крови 105 мкмоль/л, почасовой прирост непрямого билирубина 25

мкмоль/л/час, тяжелую анемию (Hb периферической крови сразу после рождения, 100 г/л), можно поставить диагноз: Гемолитическая болезнь новорождённого (ГБН), конфликт по Rh-фактору, желтушная форма, тяжелая.

2. -Определение группы крови и Rh-принадлежности матери и ребёнка.

-Анализ крови с подсчётом ретикулоцитов.

-Мониторинг уровня билирубина и его фракций в сыворотке крови новорождённого ребёнка.

-Определение уровня АлАТ и АсАТ.

-Определение титра анти-Rh-АТ в крови (с учётом показателей на дородовом этапе) и молоке матери.

-Прямая проба Кумбса с эритроцитами ребёнка в динамике (агрегат- агрегационная проба по Л.И. Идельсону) – при Rh-конфликте выраженная агглютинация отмечается через 1 мин, а при АВО- конфликте – через 4-8 мин.

-Непрямая проба Кумбса с сывороткой крови матери в динамике. Тест на индивидуальную совместимость при подозрении на конфликт по редким антигенным факторам эритроцитов (выявится геагглютинация эритроцитов ребёнка при добавлении сыворотки матери).

-Выявление нарушения слуха при билирубиновой энцефалопатии.

3. Назначьте и обоснуйте лечение.

А. Консервативное лечение:

1. Очистительная клизма или свечи с глицерином в первые часы жизни приводят к раннему отхождению мекония, содержащего до 100-200 мг билирубина (в крови в это время содержится 10-15 мг билирубина).

2. Стандартные иммуноглобулины внутривенно как только поставлен диагноз, возможно повторное введение в той же дозе через 2 суток. Такая терапия снижает потребность в ЗПК, длительность фототерапии, потребность в гемотрансфузиях при поздней анемии после перенесённой ГБН.

- Фототерапия, при которой происходит фотоокисление НБ с образованием водорастворимых биливердина, дипирролов, монопирролов, нетоксичных фотоизомеров (превращение Z-изомеров в E-изомеры – фотобилирубин, люмибилирубин), которые выводятся с мочой и калом.

-Инфузионная терапия в объеме физиологической потребности с учетом патологических потерь и имеющегося дефицита жидкости.

Б. Оперативное лечение:

- Заменное переливание крови (ЗПК) через пупочную вену, показанием к которому является: гипербилирубинемия в пуповинной крови – 105 мкмоль/л (в норме < 60 мкмоль/л);высокий почасовой прирост билирубина – 20,0 мкмоль/л/ч. тяжелая анемия – снижение уровня Hb до 100 г/л; появление желтухи до рождения;выраженная гепатоспленомегалия.

- ОЗПК проводится резус-отрицательной одноклассовой с ребёнком донорской кровью (2-3 дневной консервации) в количестве 170 мл/кг (2 ОЦК). После ОЗПК уровень билирубина снижается обычно на 50%. Показанием для повторного ОЗПК является темп прироста Hb более 6 мкмоль/л/ч спустя 12 часов после первого ОЗПК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 33-х лет, первородящей, с хроническим невынашиванием. На учете с 10 недель. Беременность протекала с токсикозом в первом триместре и обострением хронического цистита.

Роды срочные в 37 недель, родоразрешение путем операции кесарева сечения. Околоплодные воды мутные, с неприятным запахом. Состояние на момент рождения ближе к тяжелому. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенок переведен в ПИТ. При осмотре у ребенка наблюдается центральный цианоз. Ребенок неактивный. При аускультации на основании слева от грудины выслушивается систолический шум. К концу 1 суток жизни – одышка, приступы цианоза, при беспокойстве, кормлении, акте дефекации.

ЭКГ – признаки перегрузки правого желудочка.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз данному ребенку.

2. Расшифруйте данный порок развития. К какой группе пороков сердца он относится.
3. Опишите гемодинамические особенности при данном состоянии.
4. Диагностика.

Эталон ответа к задаче

1. Тетрада Фалло

2. Врожденный порок сердца, сопровождающийся преимущественно артериальной гипоксемией. Тетрада Фалло характеризуется четырьмя классическими признаками:

- большая ДМЖП,
- обструкция выводяного тракта правого желудочка (стеноз легочной артерии),
- гипертрофия правого желудочка и декстрапозиция аорты.

Тетрада Фалло входит в десятку наиболее распространенных пороков сердца, и составляет 0,21-0,26 на 1000 новорожденных (6-7% среди всех ВПС и 4% - среди критических).

3. При классической форме тетрады Фалло во время систолы кровь в аорту изгоняется обоими желудочками, минутный объем большого круга кровообращения увеличен. В то же время кровоток в малом круге ограничен. Так как в аорту поступает венозная кровь, возникает артериальная гипоксемия, которая коррелирует со степенью легочного стеноза. Из-за большого ДМЖП и «верхом сидящей» над ним аорты препятствие для выброса крови из правого желудочка отсутствует, поэтому правожелудочковая сердечная недостаточность долгое время не возникает.

4. - На ЭКГ – признаки перегрузки правого желудочка.

- Характерной рентгенологической картиной является небольшое сердце с конфигурацией в виде «башмачка» - за счет закругленной и приподнятой верхушки и западения дуги легочной артерии.

3. Эхокардиография позволяет у большинства больных поставить диагноз с полнотой, достаточной для определения стратегии лечения. Радикальная коррекция возможна только при удовлетворительном развитии легочного сосудистого русла.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8.

Родился мальчик от женщины 33-х лет, которая страдает гипертонической болезнью. Беременность 5-ая, протекала на фоне угрозы прерывания, гестоза. Преждевременные роды 2-ые в 27 недель. Родился мальчик с массой тела 900гр, длиной тела 35см. Ребенок вялый, реакция на осмотр слабая, рефлексы угнетены. Крик слабый, стонущий, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, кожа цианотичная, при аускультации тоны приглушены, ЧСС -170 уд. в мин, оценка по шкале Апгар в конце 1- й минуты 6 баллов.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Определите тактику интенсивной терапии.

Эталон ответа к задаче.

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Диагноз: Асфиксия средней степени тяжести. Недоношенность 27 нед.

Диагноз поставлен на основании анамнеза: мать имеет отягощенный акушерский анамнез, страдает гипертонической болезнью; осложненного течения беременности на фоне угрозы прерывания, гестоза; преждевременных родов в 27 недель; рождения ребенка с экстремально низкой массой тела; данных объективного осмотра: ребенок вялый, реакция на осмотр слабая, рефлексы угнетены, крик слабый, стонущий, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, кожа цианотичная, при аускультации тоны приглушены, ЧСС -170 уд. в мин, оценка по шкале Апгар 6 баллов.

2. Окажите неотложную помощь

Алгоритм проведения первичных реанимационных мероприятий у недоношенных, родившихся на сроке менее 29 недель гестации.

1. Зафиксировать время рождения
2. Пересечь пуповину и наложить зажим на пуповинный остаток
3. Перенести ребенка под источник лучистого тепла

4. Убедиться в живорожденности
5. Наложить датчик SpO₂ на правое предплечье, подключить датчик к монитору
6. Не осушивая, поместить ребенка в прозрачный терморезистентный пакет с прорезью для головы или обернуть в пленку из термоустойчивого пластика
7. Санация верхних дыхательных путей
8. При наличии регулярного спонтанного дыхания (в том числе стонущего, с втяжением уступчивых мест) и ЧСС более 100 ударов в минуту проводят с первых минут СРАР при помощи биназальных канюль, назальной или лицевой маски (PEEP +5 см H₂O Fi O₂ 0,21)
9. Транспортировка в ПИТ

3. Определите тактику интенсивной терапии

1. Поддержание нормальной температуры тела
2. Ранний назальный СРАР
3. Профилактическое введение сурфактанта (курорсурф 100-200 мг/кг)
4. Инфузионная терапия из расчета 80 мл/кг/сут
5. Орофарингеальное орошение. Минимальное энтеральное питание материнским молоком или смесью для недоношенных.
6. Парентеральное питание (глюкоза 5% или 10%, аминокислоты, жиры)
7. Профилактика инфекции (антибактериальная терапия, в/в иммуноглобулин)
8. Коррекция метаболических нарушения, гипербилирубинемии, тяжелой анемии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Доношенный новорожденный мальчик от матери В. 35 лет, первой беременности, первых родов. АГА: без особенностей. Соматический анамнез: аллергия к новокаину; ДДЗП (остеохондроз шейного отдела); хр. цистит (вне обострения); хр. тонзиллит (вне обострения). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания на 10/12-22-23 недели (без госпитализации); ОРВИ на 33 неделе без осложнений. Обследования к TORCH-инфекциям - отрицательные; к ХУГИ - результаты отрицательны. УЗИ-скрининг в декретированные сроки без видимых патологий. Группа крови матери А(II) Rh(+).

Периоды родов: 1 период 8:30; 2 период 2:10; потуги: 30 минут. Безводный период 10 часов. Околоплодные воды с кровью. Шкала Апгар 8/9 б. Вес 3580 г, рост 50 см, окружность головы 35 см., окружность груди 34 см.

Крик громкий, сразу. Мышечный тонус физиологический. Рефлексы вызываются. Кожные покровы чистые, отмечаются петехии на личике. Грудная клетка цилиндрической формы, ключицы целы. Дыхание пуэрильное, проводится равномерно во всех отделах легких с небольшой крепитацией в задних отделах. Механика дыхания не нарушена. ЧД-40 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС-140 в мин.. живот мягкий; печень – от края реберной дуги на 0.5 см; селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку. Не мочился. Анус сформирован; меконий отходил в родильном зале. Ребенок приложен к груди в родильном зале - эпизоды сосания наблюдались. С 1 с. ж. ребенок на совместном пребывании и грудном вскармливании. На 12 час жизни мама обратилась с жалобами насрыгивания с примесью крови. На осмотре обнаружено пятно диаметром 5-6 см с видимыми прожилками крови на пеленке. Состояние ребенка удовлетворительное. Активный. Крик громкий эмоциональный. Гемодинамических и дыхательных нарушений не отмечается. СБП-2 сек.

Вопросы

О каком диагнозе необходимо подумать, определите дальнейшую тактику неонатолога на физиологическом отделении.

Эталон ответа:

Так как в околоплодных водах отмечалась примесь крови, можем предполагать, что ребенок заглотил небольшое количество околоплодных вод и срыгнул их на 12 ч. жизни. Следует убедиться в наличии получения согласия матери на введение викасола; проверить введение викасола мед. сестрой. Для того чтобы дифференцировать геморрагическую болезнь

новорожденного с заглоченными околоплодными водами проводим пробу Апта. Необходимо промыть ребенку желудок физиологическим раствором и убедиться в наличии прожилок алой или старой крови. При получении прожилок крови - провести пробу. Если результат будет отрицательным - соответственно ребенок не требует дальнейших обследований, только наблюдение неонатолога в последующем. Если проба будет положительной, необходимо дообследовать ребенка по последовательности пунктов протокола "Геморрагической болезни новорожденных".

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Родилась девочка с весом 2000 г, рост 45 см, окружность головы 30 см., окружность груди 28 см. По шкале Апгар 8/9 б.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 40 лет, от 5 беременности и 1 родов на сроке 37 нед 3 дня. АГА: 1-4 беременности закончились медицинскими абортми, без осложнений. Эрозия шейки матки - 7 лет. Кандидозный вагинит (1 год назад, в/о). Соматический анамнез: Аллергия на латекс, и пенициллин (реакция-крапивница). Курение 20 лет. Алкоголизм и наркоманию отрицает. Хр. гастродуоденит (в/о); хр. цистит (обострение на 20 неделе -а/б терапия-препарат не помнит); ГСД (на диете). Сифилис - снята с учета 10 лет назад. На учете с 20 нед. беременности. Беременность протекала на фоне ХУГИ - уреаплазма на 30 недель-санирована. TORCH-нет данных. Токсикоз первого триместра беременности. Отмечались отеки с 30 недели. ОРВИ на 10; 24; 35 неделях беременности (без повышения температуры)-симптоматическое лечение.

УЗИ скрининги 2-3 триместра беременности показали ассиметричное увеличение боковых желудочков ГМ. Единичную артерию пуповины. Роды проходили через естественные родовые пути. 1 период родов 10:50. 2 период 6:20. Потуги 30мин. Безводный промежуток 20 часов. Околоплодные воды с меконием и запахом. Девочка закричала на 20 секунде после рождения, тактильной стимуляции и проведения реанимационных мероприятий не требовала. Состояние после рождения удовлетворительное. Дыхательных и гемодинамических нарушений не отмечалось.

Вопросы:

Опишите тактику неонатолога в род. зале, назначения с первых суток жизни и дальнейшие обследования необходимые ребенку.

Эталонные ответы:

В родильном зале необходимо провести тщательный осмотр ребенка на наличие стигм и пороков развития. Так же необходимо приложить ребенка к груди при первой возможности. В первые дни жизни необходимо контролировать анализы крови на возможный риск развития инфекции и метаболических нарушений. При наличии сдвигов показателей крови в сторону воспалительных изменений - необходимо решить вопрос о диагнозе и проведении антибиотикотерапии. Так же необходимо проконтролировать биохимический анализ крови ребенка, т.к. у матери во время беременности отмечался ГСД: глюкозу крови через 30 мин., 1 час, 3 часа и через 6 часов жизни и затем до 3 суток жизни. Осмотр невролога и проведение НСГ для контроля размеров БЖ ГМ, дать матери рекомендации для дальнейшего контроля состояния ребенка при наличии патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3400. Ранний период адаптации протекал без особенностей. Находился на естественном вскармливании. На 20 день жизни ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза

в день, затем появилась обильная рвота “фонтаном”. При поступлении возраст 24 дня, состояние средней степени тяжести, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота “фонтаном”. Со стороны сердца и легких без особенностей. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде “песочных часов”. Вес ребенка 3500, Hb - 112 г/л, Ht - 56%, Калий плазмы - 3,2 мэкв/л, Натрий плазмы - 135 мэкв/л

1. Ваш предварительный диагноз, патогенез.
2. Дальнейшая тактика обследования
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания
4. Тактика лечения

1. Врожденный гипертрофический пилоростеноз. Гипотрофия 1 ст.

Пилоростеноз -врожденное сужение пилорического канала вследствие порока развития всех слоев пилорического отдела желудка с утолщением слизистой оболочки в пилорическом отделе, нарушением иннервации мышц привратника и избыточным разрастанием в них соединительной ткани. Циркулярный слой гладкой мускулатуры привратника подвергается концентрической гипертрофии, которая вызывает сужение пилорического канала и приводит к желудочной обструкции. Заболевание, которое возникает обычно у детей в возрасте от 3 до 8 недель.

2. Диагностика.

1) Клиническая картина; 2) осмотр; 3) пальпация (иногда удается определить гипертрофированный привратник; 4) лаб. исследования (метаболический алкалоз, гипокалиемия, гипохлоремия, снижение ОЦК, гемоглобина, гематокрита. 5)УЗИ пилорического отдела желудка.Проводят натошак, а затем после проведения пробного кормления. Ультразвуковое исследование позволяет выявить нарушение эвакуации содержимого из желудка в 12-перстную кишку, утолщенную стенку пилорического канала (более 4 мм), протяженность пилорического канала (более 14 мм), сужение пилорического канала до 1-2 мм.

При неясной клинической и УЗИ картине в качестве этапа диагностики рекомендовано выполнение рентгеноконтрастного исследования желудка.

б) рентгенологическое обследование начинают с выполнения обзорной рентгенограммы брюшной полости в вертикальном положении в прямой проекции. При пилоростенозе на обзорной рентгенограмме выявляется значительно расширенный желудок и отсутствие/значительное снижение газонаполнения петель кишечника. Ребенка кормят (или вводят в желудок через зонд) половиной объема разового кормления, в которой 50% замещают водорастворимым контрастным веществом. Затем проводят рентгеноскопию. Пациента укладывают под рентгенологический экран и контролируют эвакуацию контрастного вещества из желудка. При этом обзор проводят в прямой и боковой проекциях. При невозможности проведения рентгеноскопии, необходимо выполнить отсроченные снимки в вертикальном положении в прямой и боковой проекция через час и через 3 часа после пробного кормления. На рентгенограммах оценивают эвакуацию контрастного вещества

7) ФЭГДС. При пилоростенозе визуализируется сомкнутый привратник, который не раскрывается при инсуффляции воздуха, проведение эндоскопа в 12-перстную кишку невозможно.

3. Дифференциальная диагностика: пилороспазм; псевдопилоростеноз (в рвотных массах примесь желчи, гиперкалиемия, эндоскопически привратник проходим); желудочно-пищеводный рефлюкс (начало с рождения, рвота и регургитация в горизонтальном положении); стеноз 12-ти перстной кишки (начало с рождения, на рентгене два уровня

жидкости).

4. Тактика лечения - Только хирургическое (пилоротомия)

Ситуационная задача №12

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортom без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период - 3 часа, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1900 г, длина тела 45 см, окружность головы - 29 см, грудной клетки - 26 см. В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску. Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие. На туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. Пальпируются множественные шейные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции диаметром до 1-1,5 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита.

Дополнительные данные исследования к задаче

Кровь матери: реакция Вассермана ++++.
Общий анализ крови: НЬ - 152 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, тромб - $180,0 \times 10^9/л$, Лейк - $8,0 \times 10^9/л$, миелоциты - 7%, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с - 38%, л - 29%, м - 16%, СОЭ - 3 мм/час.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
Возможные результаты?
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. О каком пути инфицирования можно говорить в данном случае?
5. Оцените массо-ростовой показатель при рождении.
6. Какие изменения могут быть выявлены при рентгенологическом исследовании трубчатых костей?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Составьте план лечения.
9. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?

Ответ к задаче по педиатрии

1. Врожденный сифилис. Недоношенность 36 нед. ЗВУР.
2. Слизь из носа, содержимое пузырей методом бактериоскопии исследования на наличие бледной трепонемы.

3. Срочный перевод в специализированный стационар матери и ребенка.
4. Через плаценту гематогенно или лимфогенно.
5. Масса и длина тела ниже 10 перцентиля.
6. Остеохондрит, периостит.
7. Буллезный эпидермолиз. Пузырчатка новорожденных.
8. Пенициллин, бициллин.
9. В зависимости от исхода заболевания вплоть до инвалидности по умственной отсталости.

Ситуационная задача №13

Из анамнеза матери: 25 лет, группа крови А (II) резус-отрицательная. Первая беременность 5 лет назад – без особенностей, вторая - медицинский аборт при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность –III, протекала с токсикозом в первой половине беременности. Роды II срочные, через естественные родовые пути, без особенностей. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении кожные покровы и видимые слизистые чистые, ярко-желтые. Мышечный тонус снижен, сосательный рефлекс снижен. В легких дыхание пуэрильное, проводимо во все отделы. Частота дыхания 40 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. Частота сердечных сокращений 142 в минуту. При пальпации выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

Данные обследования: группа крови новорожденного А(II) резус - положительный. Билирубин пуповинной крови составил 72 мкмоль/л. Проба Кумбса – положительная. Общий анализ крови: Нb - 139 г/л, Eг - 3,4x10¹²/л, Rt - 45%

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы риска, которые привели к данной патологии.
3. Составьте и обоснуйте дополнительный план обследования.
4. Какова дальнейшая лечебная тактика.

Ответ:

1. Диагноз: Гемолитическая болезнь новорожденного по Rh-фактору. Желтушная форма.
2. Резус фактор матери - отрицательный; Повторные беременности.
3. Почасовое нарастание общего билирубина, непрямая гипербилирубинемия, гемоглобин в динамике, трансаминазы, сахар крови, УЗИ брюшной полости.
4. Перевод в палату интенсивной терапии. Фототерапия в непрерывном режиме. Подготовка в ЗПК. Введение иммуноглобулинов. Определение почасового нарастания общего билирубина через 4-6 часов.

Ситуационная задача №14

Новорожденный от первой беременности. Из анамнеза - мать 25 лет. В женской консультации на учете с 8 недель беременности. При обследовании выявлен равномерно суженный таз. Отмечалась анемия легкой степени во второй половине беременности. Роды в срок, затяжные. Продолжительность первого периода 14 часов. Проводилась родостимуляция окситоцином, затрудненное выведение плечиков. Потужной период 30 минут. Безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые. Родился мальчик в головном предлежании с массой тела 4200 г, длина 53 см. Отмечалось затруднение выведения плечиков. Оценка по шкале Апгар 7/9, баллов. При осмотре отмечается снижение активных движений в правой руке – лежит вдоль

туловища, плечо ротировано внутрь, рука разогнута в локтевом суставе, предплечье пронировано, в кисти движения сохранены. В левой руке и нижних конечностях мышечный тонус физиологический. Сухожильные рефлексы в левой руке резко снижены. По органам и системам без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. На каком уровне идет поражение.
3. Клинические проявления нижнего дистального акушерского паралича Дежерина-Клюмпке.
4. В каких случаях паралич руки (при акушерских параличах Эрба-Дюшена, Дежерина-Клюмпке) лечится оперативным способом?

Ответы:

1. Диагноз: Синдром Дюшена – Эрба (верхний правосторонний паралич).
2. Поражение: верхний ствол плечевого сплетения или корешки C5-C6.
3. Нижний дистальный тип акушерского пареза (Дежерин-Клюмпке) возникает при поражении нижнего и среднего первичных пучков плечевого сплетения или C8—Th1 корешков спинного мозга. Нарушается функция дистального отдела руки. Поражаются длинные сгибатели кисти и пальцев, межкостные и червеобразные мышцы кисти, мышцы тенара и гипотенара (*m. flexor carpi radialis et ulnaris*, *m. flexor digitorum communis*, *m. minterosseii*, *m. thenar*, *m. hypothenar*). Мышечный тонус в пораженной руке снижен. Рука разогнута во всех суставах, лежит вдоль туловища, пронирована в предплечье. Кисть пассивно свисает (если преобладает поражение лучевого нерва) или находится в положении когтистой лапы (если в большей степени поражен локтевой нерв). Активные движения в локтевом суставе отсутствуют. Кисть уплощена, атрофична, холодна на ощупь. Степень поражения мышц кисти варьирует от легкого нарушения движений в пальцах и лучезапястном суставе до полного их отсутствия. Движения в плечевом суставе сохранены. Пораженная рука принимает участие в рефлексе Моро, но он менее выражен, чем на здоровой стороне. Хватательный рефлекс на больной стороне отсутствует, не вызывается ладонно-ротовой рефлекс.
4. Тактика лечения – выжидательная, в зависимости от степени поражения. Паралич руки лечится оперативным способом в следующих случаях:
Если на 1-м месяце путём томографии спинного мозга выявлен отрыв корешков от него, то операция проводится в возрасте 3-х месяцев.
Если у ребёнка тотальный акушерский паралич руки (нет движений в кисти, плечевом и локтевом суставах). Если ребёнок болен синдромом Дюшена-Эрба при условиях, что к 3 месяцам в локтевом суставе отсутствует активное сгибание и не подтверждается отрыв нервов.

Ситуационная задача №15

На приеме у ортопеда мама с мальчиком 1 месяца. Мальчик родился на 39 неделе с массой тела 3300 г, 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании по требованию. Выписан из роддома на 4 сутки. Прибавка за 1 месяц жизни 500 г. При осмотре у ребенка обнаружено ограничение разведения бедер.

Вопросы:

1. Что может быть причиной этого симптома?
2. Алгоритм определения симптома «соскальзывания» («щелчка», Маркса-Ортолани).
3. Для каких заболеваний характерен симптом «соскальзывания»?

4. До какого возраста определяется симптом «соскальзывания»?

5. Тактика?

Эталон ответа на задачу

1. Что может быть причиной этого симптома? Физиологический гипертонус конечностей, неврологическая симптоматика, проблемы с тазобедренными суставами.

2. Алгоритм определения симптома «соскальзывания» («щелчка», Маркса-Ортолани): – положение на спине – обе ножки сгибают под углом 90° – большие пальцы врача располагаются на внутренних поверхностях бедер в области коленных суставов. Другие пальцы – на наружных поверхностях бедер в проекции вертлужных впадин и большого вертела бедра – медленно отводят в стороны оба бедра – в норме отведение бедер происходит беззвучно – при вывихе отведение бедер сопровождается звуком щелчка

3. Для каких заболеваний характерен симптом «соскальзывания»? Симптом характерен для: – дисплазии тазобедренного сустава – врожденного вывиха бедра

4. До какого возраста определяется симптом «соскальзывания»? Определяется до 3 месяцев.

5. Тактика? Консультация невропатолога, УЗИ тазобедренных суставов, осмотр ортопеда после УЗИ.

Ситуационная задача №16

На приеме девочка 1,5 месяцев, мать предъявляет жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после еды, так и через какое-то время после кормления, а также перед приемом пищи. Объем срыгиваний непостоянный (от 1-2 ч.л. до «фонтаном»), чаще срыгивает створоженным молоком. Ест жадно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Прибавка массы тела за 1-й мес. составила 650 гр., за начало второго 300 гр. Роды были стремительными. Девочка наблюдается невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии, повышенной нервной возбудимости. Срыгивает с первых дней жизни.

1. Обоснуйте синдромный диагноз. Причины срыгиваний?

2. Попробуйте провести дифференциальную диагностику.

3. АФО верхнего отдела пищеварительной системы.

4. Тактика?

5. Методы обследования?

Эталон ответа на задачу

1. Синдром рвоты и срыгивания - жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после еды, так и через какое-то время после кормления, а также перед приемом пищи. Непостоянный объем срыгиваний (от 1-2 чайных ложек до срыгивания «фонтаном»), чаще срыгивает створоженным молоком. Ест жадно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Достаточная прибавка в массе. К срыгиваниям могут предрасполагать: АФО верхних отделов пищеварительного тракта (слабость кардиального сфинктера при хорошо развитом пилорическом; горизонтальное расположение желудка и форма его в виде «мешка», высокое давление в брюшной полости); горизонтальное положение самого ребенка; большой объем пищи, который он должен получать (уже к 10- 14 дневному возрасту – 1/5 от массы тела в сутки). Недостаточная зрелость нейровегетативной, интрамуральной и гормональной системы регуляции моторной функции могут приводить к: нарушению координации глотания и перистальтики пищевода, низкой саливации, недостаточной перистальтики желудка и кишечника, замедленной эвакуации из желудка, пилороспазму. Также рвота и срыгивания могут быть симптомами многих заболеваний (поражения желудочно-кишечного тракта, инфекционных заболеваний,

церебральной патологией, нарушения обмена веществ). В данном случае имеет место поражение ЦНС, можно предположить, что срыгивание является одним из его симптомов.

2. Пилороспазм, т.к. отсутствуют симптомы интоксикации и кишечной дисфункции, что позволяет исключить ОКИ. Причина – неврогенный фактор. Дифференцировать с пилоростенозом, чаще у мальчиков, срыгивания со 2-3 недели жизни, объем рвоты превышает объем съеденной пищи, ребенок быстро дистрофируется, стул теряет каловый характер, возникают симптомы обезвоживания.

3. АФО верхнего отдела пищеварительной системы. Малая ротовая полость, относительно большой язык, который выполняет практически всю полость рта. В толще щек хорошо выражены жировые подушечки – комочки Биша, валикообразные утолщения у альвеолярных отростков в области резцов, поперечная исчерченность губ; слюна, которая обеспечивает герметизацию полости рта при сосании. Кроме того, в слюне есть альфа-амилаза, активизирующаяся при искусственном вскармливании и введении прикорма. Жевательная мускулатура развита недостаточно, следовательно, пища должна быть механически обработана.

4. Консультация детского хирурга. Консультация невропатолога.

5. Проведение пробы с пилокарпином (положительный эффект от приема спазмолитиков внутрь). Рентген желудка с барием. НСГ. Присутствие на кормлении, беседа с матерью о технике грудного вскармливания.

Ситуационная задача №17

Мальчик Д., 2 суток жизни, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение». Из анамнеза: матери 22 года. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на первые сутки. На 2-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% — 0,3 мл, внутрь назначена ε-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы субиктеричны, 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. Дополнительные данные исследования: Общий анализ крови: НЬ — 170 г/л, Эр — $5,4 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,94, тромб — $310,0 \times 10^9/л$, Лейкоциты — $5,9 \times 10^9/л$, п/я — 3%, с — 51%, л — 38%, м — 8%. Коагулограмма: АЧТВ - 90 (норма — 45-65), протромбиновое время — 26 (норма — 12-14), тромбиновое время — 10 (норма — 0-16). Биохимический анализ крови: общий белок — 48,4 г/л, билирубин: непрямой — 196 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, АСТ — 38 ед., АЛТ — 42 ед. 1.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифдиагноз,
3. Назначьте лечение

Ответы

1. Геморрагическая болезнь новорождённых. Р 53.

2. Синдром заглощенной материнской крови (тест Апта). При обильной и рецидивирующей мелене - необходимо исключить аноректальную травму, др. хирургическую патологию.
3. Кормление сцеженным грудным молоком 7 р/с. Витамин К1 - 1 мг или викасол (К3) - 5 мг 2 раза через 12 часов. Терапия мелены: 0,5 % р-ра NaHCO₃ per os 1 чайная ложка 3 раза день, раствор тромбина в ε - аминокaproновой кислоте по 1 ч.л. 3 раза в день внутрь. При обильном и рецидивирующем кровотечении - переливание свежезамороженной плазмы 15мл/кг в/в капельно.

Ситуационная задача №18

Мальчик И. 1 суток жизни, Из анамнеза: матери 33 года Соматический анамнез: ИМТ II ст, АГ II ст., ГБ I ст. Акушерский анамнез: настоящая беременность 2, (1 беременность - срочные роды, мальчик 4100 г), Беременность протекала на фоне гестационного сахарного диабета, по поводу которого была назначена диета, которую женщина не соблюдала, уровень глюкозы не мониторировала. Роды 2 на сроке 38 недель гестации. Масса тела при рождении 4250 г, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении состояние средней тяжести за счет синдрома угнетения ЦНС. Лицо лунообразное, короткая шея. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен с преобладанием в верхней части тела. Дыхание ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Через 1 час после рождения стал еще более вялым, развилась мышечная гипотония, клонические судороги. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: Hb 230 г/л, Эр $6,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $13,4 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы 61%, палочкоядерные нейтрофилы 3%, лимфоциты 28%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $190 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. В биохимическом анализе крови в 1 час жизни: общий белок 49 г/л, СРБ 6 мг/л, креатинин 72 ммоль/л, мочевины 4,6 ммоль/л, глюкоза 0,9 ммоль/л, АСТ 14 Е/л, АЛТ 21 Е/л, билирубин общий 23 мкмоль/л, прямой 2,7 мкмоль/л, Na 134 ммоль/л, К 5,6 ммоль/л..

Вопросы

2. Сформулируйте основной клинический диагноз
3. С чем связано развитие данного состояния?
4. Ваша терапевтическая тактика?

Ответы

1. Синдром новорождённого от матери с гестационным сахарным диабетом. Р 70.0. Ранняя Неонатальная гипогликемия
2. С развитием диабетической эмбриофетопатии
3. Коррекция гипогликемии

Ситуационная задача №19

Мальчик от первой беременности, срочных родов, на 4-ые сутки жизни находится в родильном доме.

Масса тела при рождении 3300г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал хорошо. На 3-и сутки появилась желтушность кожи.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосёт хорошо, крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа чистая, умеренно иктеричная, пупочная ранка без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, живот мягкий, безболезненный, селезенка не пальпируется. Стул жёлтого цвета.

Группа крови матери А(II), Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I), Rh-положительная.

Клинический анализ крови: Нб - 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 - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с обоснованием.
2. Каково происхождение желтухи в данном случае?
3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого.
4. Лечение

Эталон ответа:

1. Диагноз: Транзиторная гипербилирубинемия, учитывая сроки появления, отсутствие изменений в анализе крови, признаков нарушения билирубинового обмена
2. «Физиологическая» желтуха (транзиторная гипербилирубинемия) появляется на 3 или/и 4 сутки жизни. Транзиторное повышение концентрации В_i в крови связано с высокой скоростью образования В_i за счёт физиологической полицитемии, малым сроком жизни эритроцитов, содержащих НbF, снижением функциональной способности печени к выведению В_i

3. Для гемолитической желтухи, в отличие от транзиторной, характерно:

- Появление желтухи при рождении или в первые 12-24 часа жизни, или на 2 неделе жизни.
- Признаки гемолиза: анемия, повышение ретикулоцитов, повышение В_i.
- Концентрация НБ в сыворотке пуповинной крови более 51 мкмоль/л, почасовой прирост больше 5 мкмоль/л.
- Повышение непрямого билирубина у доношенного ребенка более 260 мкмоль/л. У недоношенных - более 171-205 мкмоль/л

Лечения не требуется. Как кормить этого ребёнка? Естественное вскармливание грудью биологической матери. (свободный режим по требованию)

Ситуационная задача №20

Девочка, 4 дней, от первой беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 3 сутки составила 2950 г. На 4 сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 4 день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 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, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный. Стул переходный.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалась потеря массы тела?
3. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
4. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?

Ответы:

1. Физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника
2. Убыль массы тела связана с отрицательным водным балансом, потерей воды через кожу, легкие и с мочой.

3. У новорожденных детей физиологическая мастопатия связана с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и в женском молоке (прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается, необходимо соблюдение правил гигиены. Осмотр хирурга не требуется
4. Физиологическое шелушение кожных покровов возникает на 3-5 й день жизни у детей с особенно яркой простой эритемой при ее угасании, чаще на животе и груди, особенно обильное шелушение отмечается у переносенных детей, проходит самостоятельно.

Ситуационная задача №21

Доношенный мальчик поступил в ОПН из дома в сопровождении бригады СМП в возрасте 15 суток жизни. Выписной справки из родильного дома не предоставлено. Со слов матери, ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов на сроке 39 недель, вес при рождении 3510 г., рост 52 см. Выписаны на 4 сутки с весом 3400 г. Группа крови матери и ребенка 0 (I) Rh (+). Ребенок на грудном вскармливании по требованию. В последние дни мать стала отмечать, что ребенок стал вялым, малоконтактным, пожелтели кожные покровы.

При поступлении: Вес 3200 г. Состояние средней степени тяжести. Глазки открывает. Спонтанная двигательная активность снижена. Кожные покровы бедновато – субиктеричные; тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой истощен. Рефлексы новорожденного вызываются, быстро истощаемы. ЧСС 130-140 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, легкий систолический шум по левому краю грудины. ЧД 42 в минуту. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, не вздут. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стула и мочеиспускания при осмотре не было.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования
3. План лечения

Ответы:

- Постнатальная гипотрофия 1 степени. Желтуха грудного вскармливания.
- Лабораторно: клинический анализ крови + ретикулоциты, кровь на V_i , электролиты, СРБ. Общий анализ мочи. Инструментально: НСГ, УЗИ ОБП и МВС, ЭхоКГ. Осмотр невролога.
- Контрольное кормление. Необходимо выяснить сколько молока у мамы, сколько ребенок может высосать. Соответственно, в зависимости от дефицита назначить докорм смесью для обеспечения адекватного калоража, белка и жидкости. Матери дать рекомендации по улучшению лактации (адекватный питьевой режим, полноценное питание, массаж груди, контрастный душ, лактогонные чаи, более частые прикладывания ребенка к груди).
Фототерапия. В зависимости от цифр билирубина и возможности ребенка усваивать необходимый ему объем питания, может понадобиться инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы, возможно с дотацией по белку).

Ситуационная задача №22

В ОПН из ОРИТ поступила недоношенная девочка, родившаяся у 28-летней женщины с А(II)Rh(+) группой крови, с хронической никотиновой интоксикацией, кардиомиопатией, синусовой тахикардией, общеравномерно суженным тазом. От 2 беременности (1- 2012г - медаборт, без осложнений), протекавшей на фоне угрозы прерывания в 19, 20 и 23 недель (стационарное лечение), преждевременного отхождения ОПВ. Профилактика СДР

проведена. Роды 1 преждевременные на 33 0/7 неделе через естественные родовые пути (1 период 6 часов 20 минут, 2- 35 минут, БП - 7 суток 22 часа 55 минут, ОПВ светлые). Родилась девочка весом 1320г, длиной 39см, ОГ 28см, ОГр 28см. Оценка по Апгар 6/7 баллов.

Гистология плаценты: бактериальный хориоамнионит, децидуит. Хроническая плацентарная недостаточность, с острой декомпенсацией.

Состояние с рождения тяжелое. НСРАР в течение 17 часов, затем - кислороднезависима. Отмечались эпизоды апноэ, дыхание восстанавливалось после тактильной стимуляции. Получала кофеин. Гемодинамика стабильная без инотропов. Желтуха с 3 суток, максимальный билирубин 242,6 мкмоль/л, получала ФТ. Лабораторно: Нв 182 г/л, лейкоциты 37,6 -40,5 – 19,7x10⁹, нейтрофилез, тромбоциты 261-284x10⁹, гликемия 2,9-4.4-5,5-3,3, в биохимическом анализе крови СРБ-25, АЛТ-30, АСТ- 31, общий белок 43,1. Скрининг ИФА TORCH IgM – отр.

По НСГ — утолщены стенки сосудов таламуса. По УЗИ ОБП и МВС — реактивные изменения печени

В возрасте 18 дней переведена в ОПН, проведена контрольная НСГ — появились свежие СЭК с 2-х сторон, сохраняется утолщение стенок сосудов таламуса. Взят повторный анализ ИФА — Ig M к ЦМВ положительны.

При осмотре офтальмологом выявлен мультифокальный хориоретинит правого глаза. При аудиоскрининге отсутствие КСВП и ЗВОАЭ. Ребенок углубленно обследован на ЦМВ (три локуса) — результаты положительные. Для исключения поражения головного мозга проведена люмбальная пункция, ликвор на ПЦР положительно:

Спинно-мозговая жидкость - Количество 3 мл. Цвет слабо-розовый; Цитоз - 34/3 (нейтр-10, лимф -23, макр-1), эритроциты неизмененные до 40 в п/зр; Белок - 0,9 г/л; Глюкоза – 2,69 г/л;

Вопросы:

- Сформулируйте диагноз
- Стандарты лабораторной диагностики врожденной ЦМВ. Какие обследования помогут в диагностике.
- Оцените результаты пункции.
- Тактика лечения.
- Рекомендации после выписки относительно ЦМВ.

Ответы:

1. **Основной диагноз:** Врожденная цитомегаловирусная инфекция, манифестная форма с поражением головного мозга, глаз (мультифокальный хориоретинит OD), органов слуха.

Сопутствующий диагноз: Недоношенность 33 0/7 недель.ЗВУР.

Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС,СЭК с 2-х сторон. Апноэ недоношенных в анамнезе. Конъюгационная желтуха недоношенных в анамнезе.

- ИФА (IgM и/или нарастание титра IgG в динамике). ПЦР обязательно в 3-х локусах (слюна, моча, кровь). Анализ ликвора для исключения поражения головного мозга. В сомнительных случаях - сделать анализ на авидность IgG – у матери она будет высокая, а у ребенка — низкая.
- Данных за менингоэнцефалит нет. ПЦР к ЦМВ — положительна.
- В нашей стране существует схема терапии Неоцитотектом в дозе 2 мг/кг 1 раз в 96 часов. В данном случае уже есть поражение органов, поэтому целесообразнее начать терапию ганцикловиром в дозе 6 мг/кг x 2 раза в сутки (курс может составлять до 6 недель), с дальнейшим (без перерыва) переходом на пероральный прием валганцикловира (вальцид) в дозе 16 мг/кг x 2 раза в сутки (не более 6 мес).
- Консультация и наблюдение инфекциониста в НИИДИ после выписки, контроль ПЦР

через 1 месяц. Наблюдение офтальмолога после выписки, осмотр через 14 дней от последнего осмотра, далее в динамике по решению офтальмолога. Обязательное наблюдение невролога + НСГ, явка через месяц. Лабораторно: контроль абсолютного числа нейтрофилов в 8 недель от начала лечения, затем 1 раз в месяц, уровень трансаминаз ежемесячно в течение всего курса лечения. Аудиологическое обследование повторно сразу после выписки, затем каждые 6 мес до 3-х летнего возраста, далее 1 раз в год до 10-19 лет.

Ситуационная задача №23

Недоношенный мальчик 4-х суток жизни поступил из родильного дома в ОАРИТ в возрасте 2-х суток жизни. Родился с весом 1180, длиной 36 см, окр гол 27 см, окр гр 23 см. Матери 33 года. Ребенок от 6 беременности (в анамнезе 1 и 2 беременность в 2006 и 2011 г – срочные роды, 3 беременность в 2012 г – выкидыш в 7/8 нед, 4 и 5 – замершие беременности в 2016, 2017). Данная беременность 6-я, протекала на фоне анемии умеренной степени, хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности, с явлениями ОРВИ в 27 недель. По УЗИ: в/у расширение полости прозрачной перегородки.

Роды 3 преждевременные на сроке гестации 30 1/7 недель путем операции планово-экстренного кесарева сечения, ввиду нарушения жизнедеятельности плода. Апгар 6/7 баллов. Состояние с рождения расценено как тяжелое. В родильном зале проведена санация верхних дыхательных путей, ИВЛ маской, ребенок интубирован, продолжена ИВЛ, через 45 минут эндотрахеально болюсно введено курсурфа 200 мг/кг с положительным эффектом. Гемодинамически стабилен, без инотропной поддержки. Энтеральное питание в трофическом объеме с 3 ч жизни через желудочный зонд, усваивал. Лабораторно: Нб 190 г/л, Нт 60 %, Лейкоциты 15,1 x10⁹. Глюкоза - 3,7-5,2-3,7 ммоль/л, Ві макс на 1 сут 62,9 мкмоль/л. По КОС к переводу компенсирован, в динамике сохраняется метаболический ацидоз. Лечение: ИВЛ, курсурф №1 (200 мг/кг), инфузионная терапия в периферический катетер, сульфасин.

С поступления в ОАРИТ ИВЛ (SIMV) с мягкими параметрами вентиляции, O₂ независим. SaO₂ 93-97%. Через 8 часов после поступления экстубирован, продолжена респираторная поддержка НСРАР через носовые канюли с FiO₂ 0,3. Отмечаются эпизоды десатурации с самостоятельным восстановлением, механика дыхания с небольшим втяжением нижней трети грудины. Гемодинамически стабилен без инотропной поддержки. С поступления продолжено энтеральное питание в трофическом объеме, усваивает частично. В клиническом анализе крови – Нб 195 г/л, Нт 54,2 %, лейкоциты 14,7. В биохимическом анализе крови – электролиты без особенностей, СРБ – отрицательный. При поступлении отмечалась гипогликемия 1,92 ммоль/л, скорректирована, в динамике – 3,21 – 2,29.

На 4 сутки жизни: вес 1079г. Состояние тяжелое за счет ДН II, неврологической симптоматики, морфофункциональной незрелости, возможного течения инфекционного процесса. НСРАР через носовые канюли с FiO₂ 0,3-0,25. Механика дыхания с втяжением нижней трети грудины. Аускультативно проводные и крепитирующие хрипы. Энтеральное питание усваивает частично по 4 мл смесью ПреНутрилон 0, периодически остаточный объем без патологических примесей. Темп диуреза 1,4 мл/кг/ч АД 57/32 мм.рт.ст, (среднее 40). КОС: рН – 7,264, рO₂ – 52,1, рСО₂ – 40,4, ВЕ: -8,6. Гликемия 4,2. По НСГ – повышена эхогенность перивентрикулярных зон, сплетения расширены, неоднородные, затылочные рога: слева 12 мм, справа 13мм. ППП 11 мм. БЗЦ 5,5мм. УЗИ ОБП и МВС – УЗ – норма. Rg – легкие вздуты. В верхней доле правого легкого определяется зона гиповентиляции.

Вопросы:

- Сформулируйте диагноз.
- Оценить КОС
- Предполагаемая терапия, что следует добавить учитывая изменения на 4-е сутки жизни.
- Тактика ведения на данный момент, расчёт инфузионной терапии, назначения.

Ответы:

- Диагноз: основной: Недоношенность 30 недель, ОНМТ. Синдром дыхательных расстройств
Сопутствующий: Асфиксия при рождении средней степени тяжести. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период. Ранняя неонатальная гипогликемия в анамнезе. Риск реализации ВАИ.
- По КОС субкомпенсирован, нормовентиляция, с сохраняющимся в динамике метаболическим компонентом ацидоза.
- Ребенок продолжает стартовую антибактериальную терапию ампициллин + гентамицин. Учитывая тенденцию к артериальной гипотензии, снижение темпа диуреза, с целью стабилизации гемодинамики, к терапии следует добавить добутамин в дозе 5 мкг/кг/мин.
- Тактика
 - НСРАР через носовые канюли
 - Энтеральное питание с расширением по возможности ребенка смесью ПреНутрилон 0
 - V энт 40 мл – 37,1 мл/кг, 29 ккал/кг, белок 0,96 г/кг
 - V инф 100 мл (92,7 мл/кг), белок 2,78 г/кг, углеводная нагрузка 8,3 мг/кг/мин, калораж 42 ккал/кг
 - Жиры 1,5 г/кг /сут, 13,5 ккал
 - V общ 140 мл /кг, 150 мл/сутки; белок общий 3,7 г/кг/сутки, общий калораж 83,5 ккал/кг/сут
 - Антибактериальная терапия – ампициллин (4 день), гентамицин (3 день)
 - Мониторинг витальных функций;
 - В плане: ЭхоКГ, дообследование (TORCH), осмотр невролога

Назначения:

Кормить ПреНутрилон 0 по 5 мл*8 раз зонд м/стр за 1 час.

в/в струйно

Sol. Glucosae 20% - 70,0

Sol. Ca gluc 10% - 5,0

Sol.KCL 7,5% - 2,5

Sol. Aminoveni 10% - 30,0 V=4,3 мл/ч

Heparini 25 ЕД

Sol. Smoflipidi 20% - 10,0

Sol. Vitalipidi 3,0 V= 0,4 мл/чс 19:00 до 15:00

Sol. Glucosae 5% - до 20,0

Dobutrexі 1% - 1,3 V= 0,5 мл/ч

Контроль АД, диуреза (памперс) каждые 3 часа

Анализы: КОС+глюкоза + клинический анализ крови + тромбоциты

Электролиты, СРБ, ТГЦ, Ві

Ситуационная задача №24

Девочка С. Ребенок от матери 32 лет. Соматический анамнез: хронический пиелонефрит, хронический гастродуоденит (ремиссия).

Акушерско-гинекологический анамнез: ХУГИ – уреаплазма – 2017 г (санирована). Хламидии, микоплазма, уреаплазма, токсоплазма, ЦМВ, герпес – отрицательно.

Предыдущие беременности - 1-2004г. м/а. Настоящая беременность –2-я. На учете в женской консультации с 30 недели. Ангидрамнион. Роды 1, на сроке 36 3/7 недель, плановое кесарево сечение. ОПВ – нет. Масса при рождении - 2660 г, длина 47см, окр. гол. 33 см, окр. гр. - 32 см, оценка по шкале Апгар – 7/7 баллов. Состояние при рождении: закричала сразу, затем отмечалось стремительное нарастание дыхательной недостаточности, кислородной зависимости.

Переведена в ОАРИТН для дальнейшей диагностики и лечения.

Состояние в ОАРИТН: крайне тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью III ст. В сознании. На осмотр реагирует негативизмом, плачем, быстро истощается. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Голова округлой формы, БР не напряжен, кости черепа плотные. Судорожной активности нет. Глаза открывает. Фотореакция живая, обоюдная, зрачки по средней линии D=S. Стигмы дизэмбриогенеза: килевидная грудная клетка. Кожный покров: бледно-розовый с цианотичным колоритом, холодный, без инфекционно-воспалительной сыпи. ВНК 3 сек. ПЖК развит умеренно. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отеков нет.

Дыхание самостоятельное, регулярное. Усиленное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Эпизоды «стенозного» дыхания. По КОС: рН 7.1, рСО₂ 85, рО₂ 34, ВЕ -2. Раздувание крыльев носа. Оксигенация в пределах 78-80%. Аускультативно дыхание проводится по всем полям, ослаблено справа. Выслушиваются обильные проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, шума нет. Пульс на периферических артериях удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, симметричный, мягкий. Доступен пальпации. По желудочному зонду скудное слизистое отделяемое. Меконий отходил. Аускультативно перистальтика вялая. Не мочилась. Поставлен мочевого катетер.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите вашу дальнейшую тактику в отделении ОАРИТН.
3. Оцените физическое развитие ребенка, в чем особенности поздних недоношенных детей.

Ответы:

1. С целью постановки диагноза, ввиду аускультативной картины необходимо выполнить рентгенограмму грудной клетки. Клиническая картина соответствует диагнозу: Напряженный спонтанный пневмоторакс справа.
2. Необходимо выполнить торакоцентез. Установить дренаж по Бюлау. При неэффективности начать активную аспирацию. Ввиду дыхательной недостаточности 3 степени, декомпенсированного респираторного ацидоза, необходимо выполнить интубацию и начать адекватную ИВЛ. Оценка венозного КОС для адекватности респираторной поддержки + оценка гликемии. Гемодинамика компенсирована, в инотропной поддержке ребенок не нуждается. Введение викасола 0,1 мл/кг однократно.

Начать энтеральное питание в трофическом объеме. Смесь ПреНАН в объеме 1 мл каждые 3 часа, через назогастральный зонд болюсно.

Учитывая клиническую картину (ДН 3 степени, спонтанный пневмоторакс), анамнез матери (ангидрамнион, уреаплазма), ребенку необходимо выполнить клинический анализ крови, биохимический анализ крови (СРБ, мочевины, креатинин, электролиты, общий белок, билирубин + фракции, печеночные ферменты), а также ПЦР крови, слюны, мочи на ЦМВ, Герпес 1+2 типа, ВЭБ, парвовирус В19, ИФА крови на TORCH + уреаплазма, хламидии и микоплазму.

Тактика введения:

1. ОРС
2. ИВЛ в режиме SIMVPin 20 см, РЕЕР 2 см, Tin 0,3, FiO₂ 0,3-0,4, коррекция по КОС. При неэффективности перевод на ВЧИВЛ.

3. Полное парентеральное питание (Б 3 г/кг/сут, УН 7 мг/кг/мин, Ж 1 г/кг/мин + виталипид, Ккал 50 ккал/кг/сут)
 4. В последующем - энтеральное питание в трофическом объеме с постепенным расширением грудное молоко + обогатитель.
 5. активная аспирация, рентген контроль в динамике.
 6. мониторинг витальных функций, ЭКГ, термометрия, контроль темпа диуреза.
 7. лабораторный контроль.
 8. НСГ, ЭХО КГ (оценка давления над ЛА), УЗИ брюшной полости и почек в плановом порядке.
3. Физическое развитие соответствует гестационному возрасту.
- В данном клиническом случае — плановое кесарево сечение также сыграло отрицательную роль для ребенка.

Ситуационная задача №25

В отделение патологии новорожденных поступил ребенок в возрасте 20 с. ж. с подозрением на НЭК для хирургического лечения. **Из анамнеза известно:** Ребенок от матери 37 лет. *Соматический анамнез:* Артериальная гипертензия II-III ст., ХСН I ст., ФК I. хронический бронхит, хронический гастрит, избыточная масса тела. *Гинекологический и акушерский анамнез:* Беременности 3 (1 - срочные роды, к/с по поводу преэклампсии, мальчик 2670 г, 48 см.. 2 - м/а, 3 - настоящая). На учете в ж/к с 11 недель. Беременность протекала на фоне токсикоза I, артериальной гипертензии I ст. (гипертонический криз на 29 неделе), кандидоза в 18 нед., гестационного сахарного диабета, отеков беременных от 27-28 недель, плацентарной недостаточности, декомпенсации. Проведена профилактика РДС дексаметазоном. Роды 2, путем кесарева сечения на сроке 29 3/7 недель по причине тяжелой преэклампсии, плацентарной недостаточности декомпенсированной, рубца на матке после кесарева сечения. ОПВ светлые. При рождении: вес 1230г, длина тела 38 см, окружность головы 27 см, окружность груди 24 см., оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Состояние при рождении тяжелое. В родильном зале интубирован, введен Куросурф 200 мг/мл, продолжена ИВЛ с умеренно-жесткими параметрами. Катетеризирована пупочная вена, начата инфузионная терапия, гемостатическая терапия, антибактериальная терапия: Ампициллин. С целью стабилизации гемодинамики получал инотропную поддержку Дофамином. Переведен в ОРИТ. Экстубирован через 35 часов 30 мин, переведен на дотацию кислорода через маску с 40% кислородом. С 20 с. ж. кислороднезависим. Гемодинамика оставалась стабильной вне инотропной поддержки с 2-х суток жизни. Учитывая высокий риск наличия внутриамниотической инфекции, ребенку усилена антибактериальная терапия: Ампициллин + Амикацин в возрастных дозировках. У ребенка отмечался гемодинамически значимый ОАП, проведен курс Pedeа с положительным результатом, в динамике, ОАП не визуализируется.

ЭП начато смесью Пре Нутрилон 0 с 1-х с. ж с медленным расширением (максимально до 5 мл – за одно кормление), с 18 с. ж. ухудшение состояния отмечается вздутие живота, ослабление перистальтики, участились приступы апноэ. Отменено ЭП, с 19 с. ж. по желудочному зонду стала отходить «зелень». Вес ребенка на 20 с. ж. 1330 г.

Вопросы:

1. Какой диагноз должен быть заподозрен?
2. Опишите алгоритм диагностических и терапевтических действий.

Ответы:

1. Ребенок должен быть проконсультирован хирургом. Предварительный диагноз НЭК 1а.

Алгоритм диагностических действий при подозрении на НЭЖ:

1. Исключить любую энтеральную нагрузку (лечебно-диагностическая процедура);
2. Установить зонд в желудок, оценить количество и характер отделяемого;
3. Оценить характер и количество стула, примеси. При отсутствии стула для оценки его наличия и характера предпочтительна слабительная свеча;
4. Наладить мониторинг жизненных функций организма (ЧСС, ЧД, АД, SatO₂);
5. УЗИ брюшной полости, почек и забрюшинного пространства;
6. Рентгенография органов грудной и брюшной полостей для оценки кишечника: предпочтительно в вертикальном положении, в тяжелом состоянии – в горизонтальном положении. По результатам обзорного рентгеновского снимка в горизонтальном положении при подозрении на свободный газ в брюшной полости – рентгенография в латеропозиции (на спине или на боку)
7. Глюкоза периферической крови;
8. КОС и газовый состав крови в динамике;
9. Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, лейкоцитарной формулой, расчетом абсолютного числа нейтрофилов и нейтрофильного индекса;
10. Общий анализ мочи;
11. Биохимический анализ крови с СРБ;
12. При подозрении на сепсис ПКТ;
13. Оценка результатов последних посевов + внеочередные посевы из стерильных (кровь) и нестерильных (зев, анус, моча) локусов;
14. Дренирование желудка (диаметр зонда максимально допустимый у пациента данного веса, канюлю зонда расположить ниже уровня тела ребенка, проводить учет характера и количества отделяемого);
15. Инфузионная терапия и парентеральное питание из расчета физиологической потребности ребенка по весу и сроку гестации;
16. Коррекция объема инфузионных растворов в случае увеличения патологических потерь по желудочному зонду и со стулом;
17. Антикоагулянтная терапия (профилактика тромбообразования) проводится под контролем результатов ТЭГ;
18. Антибактериальная терапия по индивидуальным показаниям.

Ситуационная задача №26

Ребёнок К. От матери 19 лет. Соматически здорова. Акушерско-гинекологический анамнез: Беременность вторая (1-я — м/а). Вредные привычки: курение. Во время беременности отмечалась дважды угроза прерывания в 27, 35 недель. Женщина лечилась в стационаре неполно (отказывалась от продолжения лечения). Женщина поступила экстренно, отмечалась лихорадка в родах до 38 С. Роды 1-е, на сроке гестации 37 недель. Масса при рождении 2200 г., длина 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 б. Группа крови матери А (II), резус положительная. В родильном доме отмечалось угнетение ЦНС, желтуха, которая появилась в первые сутки жизни. На коже туловища петехиальная сыпь. На 4 сутки жизни ребёнок для дальнейшего обследования был переведён в ОПН.

При поступлении в стационар состояние тяжёлое. Признаки незрелости, угнетение ЦНС (снижение физиологических рефлексов, мышечного тонуса, двигательной активности). Кожные покровы иктеричные, единичные петехии на коже спины. Отмечено увеличение печени до +3 см., пальпировался край селезёнки. В лёгких хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные, шумов нет, ЧСС 128 в 1 минуту. Стул и мочеиспускание в норме.

Клинический анализ крови: эр. -3,7 млн., Нв -118 г/л, Тг — 105 тыс, L-9,8 тыс., п-3%, с-57%, л-30%, м-10%, Rtz – 44 %;

Биохимический анализ крови: непрямой билирубин - 136 мм/л, прямой билирубин - 54 мм/л. АСТ - 35 Е/л, АЛТ - 54 Е/л. Глюкоза крови- 4,4 мм/л, креатинин — 80 мк/л, мочевины -8 мм/л. СРБ — 12 мг/л.

УЗИ головного мозга (4 сутки жизни) - субэпендимальные кисты 2х2 мм, 2х3 мм, кальцификаты в перивентрикулярном регионе.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии и почему? Какая антибактериальная терапия показана в данном случае?

Ответы:

1. Врожденная цитомегаловирусная инфекция (ЗВУР, желтуха, гепатоспленомегалия, петехии, анемия, тромбоцитопения, картина НСГ: кальцификаты + кисты).

2. дополнительное обследование:

1) ПЦР крови, слюны, мочи на ЦМВ

2) ИФА крови на ЦМВ, количественный метод

3) УЗИ брюшной полости

4) осмотр офтальмолога (исключение хориоринита)

5) аудиометрия, КСВП. Аудиологические тесты с интервалом в 6 месяцев в течение первых трёх лет жизни; далее ежегодно до 10-19 лет.

6) коагулограмма

7) Нейросонография, МРТ головного мозга, контроль в динамике

8) Подсчёт абсолютного количества нейтрофилов - еженедельно в течение первых 6 недель лечения, далее на 8 неделе, затем ежемесячно до окончания лечения. Контроль уровня трансаминаз ежемесячно до окончания лечения.

3. Учитывая признаки хориоамнионита у матери, повышения СРБ, ребенку показана стартовая антибактериальная терапия — ампициллин 100 мг/кг/сутки.

Также, учитывая манифестную форму ЦМВИ, показана терапия: Ганцикловир: 5-7,5 мг/кг массы тела в сутки путем двукратных внутривенных инфузий в течение 14-21 дней (до исчезновения клинических симптомов)

НеоЦитотект (1 мл/кг капельно каждые 48 часов) – всего 10 введений.

Ситуационная задача №27

Мальчик А. родился от III доношенной беременности, II родов. (Б1 закончилась аборт по медицинским показаниям). Антенатальный период был отягощен перенесенными матерью ОРВИ в 38 недель с подъемом температуры до 38 С, анемией беременных (железодефицитной, легкой степени) с 30 недели. Масса тела при рождении - 3500 г, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. В конце вторых суток жизни у ребенка появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Реакция на осмотр беспокойная. Сосет из груди матери активно, нерегулярно срыгивает небольшими объемами грудного молока. Дыхание пуэрильное. Проводится во все отделы симметрично, хрипов не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. Живот мягкий, печень +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Уровень пуповинного билирубина составил 34 ммоль\л

Биохимический анализ крови: билирубин в начале 3-х суток жизни составил 250 мкмоль/л.

Общий анализ крови: эритроциты $5.2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 168 г/л, ретикулоциты 28%, тромбоциты $297 \times 10^9/л$, лейкоциты $15 \times 10^9/л$, миелоциты 4%, юные 2%, п/ядерные 12%, с/ядерные 48%, лимфоциты 19%, моноциты 3%, СОЭ 6 мм/ч

Группа крови матери 0(I), Rh-. Группа крови ребенка A(II), Rh-. Из анамнеза известно, что у первого ребенка наблюдалась длительная желтуха (до 3 месяцев, физическое и психомоторное развитие при этом не страдало). Диагноз мать не знает. Группу крови первому ребенку в родильном доме по техническим причинам не определяли.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Дифференциальный диагноз.
2. Сформулируйте тактику ведения данного ребенка (сроки вакцинации, показания к фототерапии, дополнительные обследования, планируемую выписку домой)

Ответы:

5. Диагноз: Период адаптации. Неонатальная желтуха. Дифференциальный диагноз следует проводить с гемолитической болезнью новорожденных по системе АВО, т. к. у матери и ребенка есть несовпадение по группе крови, однако, данных, доказывающих наличие ГБН нет (отсутствие отклонений в клиническом анализе крови, нормальный уровень ретикулоцитов, отрицательная проба Кумбса, нормальный уровень пуповинного билирубина, появление желтухи лишь на 3 сутки жизни). Учитывая анамнез первого ребенка от данной матери, в диагнозе следует обратить внимание на возможность реализации ГБН.

6. Уровень билирубина больше 235 ммоль/л - показана фототерапия 1 лампой+ контроль уровня билирубина после отмены фототерапии. Прививать данного ребенка следует вакциной БЦЖ-М после того, как уровень билирубина снизится и не будет нарастать в отсутствие фототерапии. Выписка данного ребенка планируется на 5 сутки при отсутствии возобновления тенденции к гипербилирубинемии у новорожденного. Рекомендовано наблюдение участкового педиатра.

Ситуационная задача №28

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени тяжести, ОРВИ в 25 недель. Роды на 38 неделе беременности протекали без клинических особенностей. Вес при рождении 3540г. Рост 51 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. С рождения состояние ребенка удовлетворительное, закричал сразу. Проведен кожный контакт, приложен к груди в родильном зале. Находился на грудном вскармливании, в палате совместного пребывания.

На 3 сутки жизни отмечен геморрагический синдром в виде кровавой рвоты и мелены. Объективно: Состояние удовлетворительное. На осмотр реагирует громким криком, двигательная активность повышена. Рефлексы новорожденных вызываются, симметричные. Большой родничок по костному краю, не напряжен. Кожа розовая, чистая. Видимых очагов инфекции нет. В легких пуэрильное дыхание, проводится во все отделы симметрично, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Шумов не выслушивается. ЧСС 144 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см. Селезенка не увеличена. Мочится свободно. В общем анализе крови - эритроциты $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 180 г/л, лейкоциты $13,0 \times 10^9/л$, тромбоциты $420 \times 10^9/л$.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие тесты необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Лечебная тактика

Ответы:

1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, ранняя форма, кровотечение из ЖКТ (кровавая рвота, мелена).

1. Коагулограмма - удлинение протромбинового времени на фоне нормального количества тромбоцитов и фибриногена, нормализация его после введения витамина К. Возможно проведение теста Апта (в качестве средства дифференциальной диагностики)

2. Лечение данного заболевания строится на устранении дефицита витамина К и остановке кровотечения. Следует не дожидаясь лабораторного подтверждения ввести дозу витамина К

(викасол). Дозировка для новорожденных составляет 0.1 мл/кг Викасола, но не более 0.4 мл/сут. В случае продолжительных, повторяющихся кровотечений показано переливание свежезамороженной плазмы (10-15 мл/кг) либо концентрированного препарата протромбинового комплекса (назначение его должно быть строго мониторируемо для избежания тромбоэмболических осложнений).

Для профилактики данного заболевания необходимо введение каждому новорожденному в родильном зале препарата витамина К (Викасол в дозировке 0.1 мл/кг)

Ситуационная задача №29

Ребенок Д., 1 сутки жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 27 лет, имеет А (II) Rh-отрицательную группу крови. 1-ая беременность была 1,5 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность 2-ая, протекала на фоне анемии, в 3-ем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт. ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-ый период – 7 часов 30 минут, 2-ой – 20 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре неонатологом выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

Билирубин пуповинной крови составил 87 мкмоль/л;

Hb периферической крови, определенный по cito, 120 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какие обследования необходимо провести ребенку для уточнения диагноза?
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
5. Дальнейшая тактика неонатолога?

ОТВЕТЫ:

- ГБН, обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжелая степень.
- Определить группу крови и Rh-фактор, проба Кумбса в пуповинной крови. Клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов. Динамическое определение концентрации общего билирубина через 4-6 часов + почасовой прирост.
- Возникновение иммунологического конфликта возможно, если на эритроцитах плода присутствуют антигены, отсутствующие на мембранах клеток у матери. К попаданию эритроцитов плода в кровоток матери и возникновению иммунологического конфликта в случаях антигенной несовместимости по факторам крови предрасполагает предшествовавшая изосенсибилизация вследствие абортов, выкидышей, внематочной беременности, родов, при которых иммунная система матери вырабатывает антитела к эритроцитарным антигенам. Если антитела относятся к иммуноглобулинам класса G, они беспрепятственно проникают через плаценту. С увеличением их концентрации в крови повышается вероятность развития ГБН, так как развивается гемолиз эритроцитов плода, что приводит к повышению концентрации билирубина.
- Повышенное образование билирубина вследствие:
 - а) укороченной продолжительности жизни эритроцитов из-за преобладания эритроцитов с фетальным гемоглобином;
 - б) выраженного неэффективного эритропоэза;

в) повышенного образования билирубина в катаболическую фазу обмена из незрелых источников гема (миоглобин, печеночный цитохром и др.).

Пониженная функциональная способность печени, проявляющейся в:

- а) сниженном захвате непрямого билирубина гепатоцитами;
- б) низкой способности к глюкуронированию билирубина из-за низкой активности глюкуронилтрансферазы и уридиндифосфоглюкозодегидрогеназы в основном по причине угнетения их гормонами матери;
- в) сниженной способности к экскреции билирубина из гепатоцита.

Повышенное поступление непрямого билирубина из кишечника в кровь в связи с:

- а) высокой активностью β -глюкуронидазы в стенке кишечника;
- б) поступлением части крови от кишечника через венозный (аранциев) проток в нижнюю полую вену, минуя печень, т.е. нарушением гепатоэнтерогенной циркуляции билирубина;
- в) слабой редукцией желчных пигментов.

5. Тактика неонатолога в соответствии с клиническими рекомендациями: сразу начать интенсивную фототерапию с помощью нескольких ламп. При проведении ФТ контролируются температура тела ребенка, адекватность питания, динамика массы тела, стул и диурез. Если через 4 часа почасовой прирост билирубина ≤ 5 мкм/л, продолжить ФТ и наблюдение с дальнейшим контролем уровня билирубина через 12 часов. Если 5,0-6,8 мкм/л, продолжить ФТ и наблюдение с дальнейшим контролем уровня билирубина через 6 часов. Если $>6,8$ мкм/л, продолжить ФТ и готовиться к ОЗПК с дальнейшим контролем уровня билирубина и гемоглобина через 3 часа.

Ситуационная задача №30

Ребенок К., 3 сутки жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды своевременные, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином. 1-й период - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4050 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечалась повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса, объем активных движений в левой руке снижен.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, розовые. Видимые слизистые чистые, влажные, розовые. Пупочная ранка сухая, без признаков воспаления. Аускультативно дыхание проводится равномерно с двух сторон, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Мочеиспускание свободное. В неврологическом статусе – окружность головы 35 см, большой родничок 2x2 см, не напряжен. Рефлексы новорожденных орального автоматизма живые, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус 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. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлексы защитный, опоры, автоматической ходьбы, ползания и спинальные рефлексы вызываются.

ВОПРОСЫ:

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какая дальнейшая тактика у неонатолога родильного дома?
4. Какие осложнения возможны?

ОТВЕТЫ:

4. Родовая травма периферической нервной системы. Травматическое повреждение левого плечевого сплетения. Проксимальный тип Дюшена-Эрба (C₅-C₆).
5. Перелом ключицы, эпифизиолиз, остеомиелит плеча.
6. Перевод ребенка в отделение патологии новорожденных, обязательная консультация невролога и ортопеда.
7. Формирование внутриротаторной и пронаторной контрактуры мышц, нарушение локтевого сгибания – сгибательная контрактура локтевого сустава. Атрофия мышц плечевого сустава может привести к подвывиху или вывиху плеча, развитию привычного вывиха плеча. Из-за асимметричности плечевого пояса возникает искривление позвоночника (сколиоз). Если сочетается с нарушением целостности позвоночника (дислокация, перелом), может осложниться синдромом Унтерхарншейдта: при резком повороте головы возникает спазм позвоночной артерии, развивается ишемия ретикулярной формации, возникает картина спинального шока, что может являться причиной летального исхода. В более легких случаях наблюдаются диффузная мышечная гипотония, акроцианоз, похолодание кистей, стоп, парезы верхних конечностей, бульбарные нарушения.

Ситуационная задача №31

Девочка И, родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса при рождении 3100 г, длина тела 51 см, по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом реанимации проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии. При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, печень и селезенка не увеличены, со стороны ЦНС -ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены. При исследовании периферической крови уровень Нв составил 90 г/л.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какая дальнейшая тактика у неонатолога родильного дома?
4. Какие осложнения возможны

Ответ: острая постгеморрагическая анемия (которая возникла из-за преждевременной отслойки плаценты)

План обследования: ОАК (оцениваем тяжесть анемии, уровень гемоглобина, гематокрита)

Патофизиологические процессы в организме плода и новорожденного: ↓ ОЦК → снижение О₂ → активация коры надпочечников → выброс КА, централизация кровообращения → тахикардия. Необходимо в это время оказать ребенку помощь, так как все вышеперечисленное обусловлено компенсаторными механизмами, которые в итоге истощатся → ↓ АД, кровь пойдет на периферию – усилится гипоксия.

Осложнения: геморрагический (гиповолемический) шок

Дифференциальный диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного, ГБН, внутриутробные инфекции, различные анемии.

Лечение: Температура – согревание. Кислородотерапия, восполнение ОЦК: Трансфузия Эр-массы – 10-15 мл/кг. Объем не должен превышать 60% ОЦК. 5% раствор альбумина, физраствор.

Поддержка ССС. Посиндромная терапия

Методы коррекции анемического синдрома: инфузионная терапия (Эр-масса); препараты железа; диетотерапия; витаминотерапия. Прогноз: при своевременном лечении – благоприятный.

Прививка БЦЖ после осмотра неврологом, при отсутствии отклонений в ЦНС.

Наблюдение у невропатолога, так как у ребенка асфиксия и постгеморрагическая анемия => гипоксия тканей + возможная в/у гипоксия. Необходимо проведение НСГ (гипоксически-ишемические нарушения).

Ситуационная задача №32

Новорожденный 7 сутки жизни, заболел остро – с повышения t до $39,50^{\circ}\text{C}$, обильного срыгивания. Через 3 часа на животе, нижних конечностях, лице появилась звёздчатая геморрагическая сыпь с некрозами в центре. Ребенок стал сонлив, заторможен. Из анамнеза известно, что в семье у старшей сестры назофарингит, у отца ребёнка - редкий сухой кашель. При поступлении состояние крайне тяжелое, сомнолентность, мидриаз, анизокория, реакция зрачков на свет слабая. Кожа серого цвета, крупные элементы сливающейся геморрагической сыпи, менингеальные симптомы положительные. Тоны сердца глухие, ЧСС=170 уд/мин, АД 50/30 мм рт.ст.. Живот при пальпации мягкий. При осмотре не мочился, стула не было.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Куда необходимо госпитализировать ребёнка с данным диагнозом?
4. Какой путь передачи у данного заболевания? Кто мог быть источником инфекции для этого ребёнка?
5. Какие препараты используются для этиотропного лечения данного заболевания?

Эталон

1. Менингококковая инфекция генерализованная форма: менингококцемия, менингит. Инфекционно-токсический шок.

Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания с повышением t до $39,50^{\circ}\text{C}$, повторной рвоты; через 3 часа появления на животе, конечностях и лице звездчатой геморрагической сыпи с некрозами в центре; данных объективного обследования: симптомы интоксикации (повышение t тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 170 в мин); менингеальный синдромокомплекс, энцефалические проявления (сомнолентность, мидриаз, анизокория, реакция зрачков на свет слабая); сосудистые нарушения (кожа серого цвета, АД – 50/30, не мочится); экзантема (крупные элементы сливающейся геморрагической сыпи)

2. Клинический анализ крови, исследование ликвора, обнаружение диплококков в исследовании толстой капли.

3. В ОРИТ инфекционного стационара

4. Воздушно-капельный. Источник - сестра, т.к. назофарингит - локализованная форма менингококковой инфекции.

5. Левомецетина сукцинат - как препарат экстренной помощи, а затем бензилпенициллин.

Альтернатива – цефалоспорины 3 поколения.

Ситуационная задача №33

Ребенок Н. родился на 31 неделе гестации с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. Масса тела при рождении 1300 г. Ребенок находится на 2-м этапе выхаживания. На 3-й неделе усилилась бледность кожи, пастозность тканей. Ребенок сосет вяло и плохо прибавляет в весе. Двигательная активность снижена. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца.

Клинический анализ крови на 21-й день жизни: Hb-70г/л, эр- $2,3 \times 10^{12}$ /л, Ret. 20‰, Ht-21%, tr- 450×10^9 /л, L- $7,4 \times 10^9$ /л, п-3%, с-40%, л-50%, м-7%, СОЭ- 7мм/ч, анизоцитоз+++
пойкилоцитоз ++. Эр в окрашенном мазке имеют «шиповидные отростки».

Группа крови у ребенка 0(I) Rh(+).

Биохимический анализ крови: непрямой билирубин – 40 мкмоль/л, прямой билирубин – нет, АЛТ-0,36, АСТ-0,34.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план дальнейшего обследования.
3. Назначьте лечение.
4. Определите показания для переливания эритроцитарной массы.
5. Укажите формулу для расчета объема эритроцитарной массы.

Эталон ответа к задаче.

1. Основной диагноз: Ранняя анемия недоношенных.

Конкурирующий: Недоношенность 31^{2/7} недель. Асфиксия средней тяжести. ЗВУР по типу гипотрофии.

2. План дальнейшего обследования.

- Клинический анализ крови в динамике
- Б/х анализ крови (общий белок, билирубин и фракции, АЛТ, АСТ, сывороточное железо, ОЖСС)
- УЗИ селезенки и печени
- Исследование осмотической резистентности эритроцитов
- Общий анализ мочи
- ЭКГ, ЭхоКГ
- НСГ

3. Лечение.

- 1 Выхаживание в кувезе.
- 2 Вскармливание молоком матери с фортификатором или адаптированными смесями для недоношенных (Similac Special Care/PreNAN).
- 3 Отмытые эритроциты 0(I) Rh(+) – 19,5 мл.

4. Показания к заместительной терапии эритроцитарной массой:

1. Уровень гемоглобина ≤ 130 г/л (в первые сутки жизни)
2. Уровень гемоглобина ≤ 100 г/л (до 7-го дня жизни)
3. Уровень гемоглобина ≤ 80 г/л (с 7-го дня жизни по 28-й)
4. Уровень гемоглобина ≤ 60 г/л (старше 1 месяца)
5. Ht < 30%

Vэр. массы = 15 мл/кг Переливают со скоростью 5 мл/кг/час.

Ситуационная задача №34.

Ребенок П. в возрасте 6 суток поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, две предыдущие беременности закончились медицинским абортom, настоящая беременность желанная. На учете состояла с 9 недель. На 31 неделе у женщины обнаружен генитальный герпес, пролечена. Роды срочные в 38 недель. Околоплодные воды мутные, зеленые. Масса 3200, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. В раннем неонатальном периоде состояние средней степени тяжести, за счет синдрома возбуждения ЦНС, ребенок беспокоится на осмотре, крик болезненный, наблюдается спонтанный рефлекс Моро, гиперестезия. По внутренним органам без патологии. На 5 сутки у ребенка на лице, туловище появились сгруппированные полусферической формы напряженные пузырьки размером 1,5-2 мм на эритематозном отечном фоне. Неврологический статус прежний, по внутренним органам без особенностей. Переведен в отделение патологии новорожденных для обследования и лечения.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте лечение, тактика неонатолога.
3. Профилактика.
4. Исход данной патологии.
5. Какие могут наблюдаться осложнения при заражении плода данным вирусом?

Эталон ответа к задаче.

1. Основной: Врожденная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, локализованная форма.

Сопутствующий: Церебральная ишемия 2, синдром гипервозбудимости.

2. Лечение. Ребенка с любой формой герпетической инфекции или с подозрением на герпес необходимо изолировать от других новорожденных в отдельный бокс.

- Анализ крови на TORCH-инфекции методом ИФА и ПЦР для подтверждения диагноза.

- Ацикловир в дозе 45 мг/кг/сут. Разделенный на 3 введения путем медленной (в течение 1 часа) внутривенной инфузии (по 15 мг/кг каждые 8 часов) 10-14 дней.

3. Необходимо плановое кесарево сечение.

4. При раннем назначении противовирусной терапии летальность при генерализованных формах составляет менее 50%, при отсутствии специфического лечения – 90%. Частота неврологических осложнений при менингоэнцефалитах составляет от 10 до 43%. Рецидивы кожных проявлений в первые 6 месяцев наблюдаются у 46% детей.

5. Какие могут наблюдаться осложнения при заражении плода данным вирусом?

Пороки развития и осложнения: гипоплазия конечностей (кортикальная карликовость); микроцефалия, энцефалопатия, отставание в психомоторном развитии; микрофтальмия, слепота, ретинопатия; глухота.

Ситуационная задача №35

Мальчик, 3-и сутки жизни, поступил в отделение патологии новорождённых из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение». Из анамнеза: ребенок от матери 18 лет. Мать страдает гастритом, дисфункцией билиарного тракта. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении 2800 г, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении среднетяжелое за счет синдрома угнетения. К груди приложен на 1-е сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пузрильное, 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 новорождённого угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: Нв - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб- $310,0 \times 10^9$ /л, Лейк- $5,9 \times 10^9$ /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 комплекс - 25%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямоy - 196 мкмоль/л, прямоy - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз, укажите факторы риска развития заболевания.
2. Тактика ведения
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз данного случая?
4. Назначьте лечение.

Ответы:

Предварительный диагноз: Геморрагическая болезнь новорождённого, классическая.

Для геморрагической болезни новорождённых характерен дефицит витамина К, который плохо проникает от матери через плаценту к плоду. Патология желудочно-кишечного тракта матери увеличивает риск дефицита витамина К, который синтезируется в кишечнике при участии нормальной кишечной микрофлоры. Развивается дефицит витамин-К-зависимых факторов свёртывания крови, синтезирующихся в печени: ф. II (протромбин), ф. VII (проконвертин), ф. IX (антигемофильный глобулин В, ф. X (фактор Стюарта-Проуэра), которые не способны связывать ионы кальция (Ca^{2+}) и полноценно участвовать в процессе гемостаза.

2. Тактика ведения

Новорождённый ребёнок относится к группе риска по патологии гемостаза (геморрагическому синдрому), поэтому ему сразу после рождения необходимо внутримышечно ввести викасола в дозе 0,5 мл. При появлении признаков желудочно-кишечного кровотечения показано исследование системы гемостаза, назначение 3-х дневного курса викасола, проведение местного гемостаза, при необходимости заместительной терапии, мониторинг жизненно-важных функций.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз данного случая?

1. С синдромом «заглоченной материнской крови» (анамнез родов и провести тест Апта).
2. С «фоновыми» заболеваниями, сочетающимися с гипопродукцией витамин-К-зависимых факторов и геморрагическим синдромом (врождённые TORCH-инфекции, сепсис).
3. Гемофилия В (хотя у новорождённых детей она редко манифестирует).
4. Наследственные дефициты проконвертина (ф. VII), фактора Стюарта-Прауэра (ф. X), проакселерина (ф. V), протромбина (ф. II) – используют тесты со змеиными ядами гюрзы и эфры.

4. лечение.

- 1 *Кормление* сцеженным молоком матери 7-8 раз в сутки.
- 2 *Витамин «К₃»* 1 % раствор викасола в дозе 5 мг (0,5 мл) повторно с интервалом в 12 ч. после первого внутримышечного введения в родильном доме, т.к. ПИ и ПТВ нормализуются ко 2-4 часу после введения (максимум эффекта через 18-24 часа).
- 3 *Свежезамороженная плазма (СЗП)* в дозе 10-15 мл/кг применяется для быстрого гемостатического эффекта (экстренная помощь) и увеличения уровня факторов протромбинового комплекса.

Ситуационная задача №36

Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместре. Роды срочные, 1-й период родов — 13 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности. Кожные покровы

бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слюны изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, и для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар. При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно — дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 170 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ — 180 г/л, Эр — $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9, тромб — $208,0 \times 10^9$ /л, Лейк — $23,1 \times 10^9$ /л, миелоциты — 2%, метамиелоциты — 4%, п/я — 13%, с — 50%, э — 5%, л — 11%, м — 15%, СОЭ — 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 — 55 мм рт.ст., pCO_2 — 70 мм рт.ст., pH — 7,21, BE — -18 ммоль/л, АВ — 9 ммоль/л, SB — 8 ммоль/л, ВВ-19 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. В консультации каких специалистов нуждается данный ребенок?
3. Назначьте лечение.
4. Чем обусловлен выбор антибиотика при лечении внутриутробных пневмоний?

Ответы:

1. После R-логического обследования - Внутриутробная пневмония, ДН-3.
2. пульмонолог, невропатолог, кардиолог.
3. Лечение: респираторная поддержка по состоянию

Коррекция КОС

Антибактериальная терапия: стартовая (ампициллин + гентамицин), при отсутствии эффекта – смена по чувствительности согласно этиологии, чувствительностью.

Ситуационная задача №37

Мальчик от первой беременности, срочных родов на 4-ые сутки жизни находится в родильном доме.

Масса тела при рождении 3300г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал хорошо. На 3-и сутки появилась желтушность кожи.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа чистая, умеренно иктеричная, пупочная ранка без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, живот мягкий, безболезненный, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета.

Группа крови матери A(II), Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I), Rh-положительная.

Клинический 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 - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий -141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л.

Вопросы:

- a. Поставьте диагноз с обоснованием.
- b. Каково происхождение желтухи в данном случае?
- c. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого
- d. Требуется ли лечение желтуха у данного ребёнка? Как кормить этого ребёнка?

Ответы:

1. Диагноз: Транзиторная гипербилирубинемия, учитывая сроки появления, отсутствие изменений в анализе крови, признаков нарушения билирубинового обмена.
2. «Физиологическая» желтуха (транзиторная гипербилирубинемия) появляется на 3 или/и 4 сутки жизни. Транзиторное повышение концентрации V_i в крови связано с высокой скоростью образования V_i за счёт физиологической полицитемии, малым сроком жизни эритроцитов, содержащих HbF, снижением функциональной способности печени к выведению V_i .
3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого.

Для гемолитической желтухи в отличие от транзиторной характерно:

- 1) Появление желтухи при рождении или в первые 12-24 часа жизни, а также на 2 неделе жизни.
 - 2) Признаки гемолиза: анемия, повышение ретикулоцитов, повышение V_i .
 - 3) Концентрация НБ в сыворотке пуповинной крови более 51 мкмоль/л, почасовой прирост больше 5 мкмоль/л.
 - 4) Повышение непрямого билирубина у доношенного ребенка более 260 мкмоль/л. У недоношенных - более 171-205 мкмоль/л.
1. Естественное вскармливание (свободный режим по требованию).

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье на 50% и более обусловлено:

- a) состоянием внешней среды
- б) гигиеническими факторами
- в) состоянием здравоохранения
- г) наличие гигиенических навыков
- д) условиями и образом жизни

2. На здоровье населения влияют:

- a) социально-экономические факторы
- б) социально-биологические факторы
- в) медицинские факторы
- г) природно-климатические факторы
- д) все перечисленное верно

3. Основным методом изучения показателей статистики населения следует считать:

- a) текущую регистрацию рождаемости
- б) перепись населения
- в) выборочные демографические исследования
- г) социологический опрос населения
- д) все перечисленное верно

4. Динамика населения изучает:

- а) механическое движение населения
- б) естественное движение населения
- в) миграционные процессы
- г) все перечисленное верно

5. При вычислении показателя рождаемости учитывается число родившихся за год:

- а) живыми
- б) мертвыми
- в) живыми и мертвыми
- г) проживших 168 часов

6. Основной причиной материнской смертности является:

- а) акушерские причины
- б) инфекционные заболевания
- в) новообразования
- г) болезни органов дыхания
- д) заболевания ССС

7. Для вычисления показателя младенческой смертности необходимо знать число детей:

- а) умерших в возрасте до 1 года
- б) родившихся мертвыми
- в) умерших с 28 недель беременности
- г) населения в возрасте до 1 года
- д) умерших в течении 168 часов

8. При расчете показателя мертворождаемости учитываются дети:

- а) умершие на 1 году жизни
- б) родившиеся живыми и мертвыми
- в) умершие на 1 месяце жизни
- г) умершие на 1-ой неделе жизни

9. Распространенность (или болезненность) населения – это совокупность заболеваний:

- а) выявленных по данным о причинах смерти
- б) выявленных при медицинском осмотре
- в) выявленных впервые в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в этом году
- г) все перечисленное верно

10. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:

- а) посещение больным ЛПУ
- б) первичное обращение по поводу данного заболевания в данном году
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре
- г) больной, обратившийся по поводу заболевания

11. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни:

- а) системы кровообращения
- б) желудочно-кишечного тракта
- в) органов дыхания
- г) нервной системы
- д) новообразования

12. Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является:

- а) медицинская карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- г) карта эпидемиологического обследования
- д) все перечисленное верно

13. Основным документом для изучения госпитализированной заболеваемости является:

- а) карта стационарного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) карта эпидемиологического обследования

14. Международная статистическая классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней
- б) перечень диагнозов
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний
- г) система группировки болезней и патологических состояний
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов

15. Акселерация это:

- а) увеличение удельного веса городского населения
- б) превышение показателя смертности над показателем рождаемости
- в) превышение удельного веса лиц старше 50 лет, над удельным весом детей
- г) ускорение роста и развития детей и подростков
- д) увеличение удельного веса детей в возрастной структуре населения

16. Медицинская профилактика может быть:

- а) первичной
- б) вторичной
- в) третичной
- г) все перечисленное верно

17. Вторичная профилактика – это:

- а) комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- б) комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- в) комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений профилактики:
- г) все перечисленное верно

18. Компонентами вторичной профилактики являются:

- а) осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний
- б) целевое санитарно-гигиеническое воспитание
- в) проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления социально-значимых заболеваний
- г) проведение диспансеризации групп риска
- д) все перечисленное верно

19. Для размещения поликлиник в городе рекомендуются следующие основные уровни:

- а) общегородской уровень
- б) межрайонный уровень

- в) районный уровень
- г) все перечисленное верно

20. К основным видам профилактических осмотров относятся:

- а) скрининг осмотры
- б) периодические
- в) предварительные
- г) целевые
- д) все перечисленное верно

21. К основным показателям, характеризующим эффективность диспансеризации, относятся:

- а) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- б) исходы лечения
- в) показатели первичного выхода на инвалидность
- г) все перечисленное верно

22. Нагрузка участкового терапевта на амбулаторном приеме определяется:

- а) числом посещений на 1 час приема
- б) числом посещений в смену
- в) числом посещений в месяц
- г) функцией врачебной должности
- д) все перечисленное верно

23. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на:

- а) областные (краевые, республиканские)
- б) городские
- в) районные
- г) участковые
- д) все перечисленное верно

24. По профилю больницы делятся на:

- а) многопрофильные
- б) стационары диспансеров
- в) специализированные
- г) все перечисленное верно

25. Выберите из нижеперечисленных, структурные подразделения, входящие в состав больницы для взрослых:

- а) лечебные отделения
- б) отделение (кабинет) медицинской статистики
- в) патологоанатомическое отделение
- г) приемное отделение
- д) все перечисленное верно

26. Деятельность дневных стационаров приводит к:

- а) максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- б) приближение объема и структуры оказываемой помощи к условиям круглосуточного стационара;
- в) преимущественное использование методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации больных;
- г) сокращение сроков пребывания на койках круглосуточного содержания;
- д) все перечисленное верно.

27. Ведущая роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи

принадлежит:

- а) консультации "Брак и семья"
- б) центрам перинатальной диагностики
- в) женским консультациям
- г) поликлиникам
- д) центрам планирования семьи

28. Поздним взятием беременных под наблюдение женской консультации считается постановка на учет после:

- а) 5 недель
- б) 7 недель
- в) 12 недель
- г) 18 недель
- д) 28 недель

29. В приемно-смотровом блоке родильного дома необходимо иметь помещения кроме:

- а) комнату-фильтр
- б) две смотровые комнаты
- в) две комнаты санитарной обработки
- г) родовую палату

30. В обсервационное отделение родильного дома направляют рожениц:

- а) с признаками острого заболевания
- б) с мертвым плодом
- в) с высокой температурой
- г) все перечисленное верно

31. Основными документами, которые ведутся в родильном доме являются, кроме:

- а) история родов
- б) история развития новорожденного
- в) индивидуальной карты беременной и родильницы
- г) обменная карта родильного дома

32. Боксы Мельцера-Соколова включают в себя следующие помещения, кроме:

- а) предбоксник
- б) санитарный узел
- в) палату
- г) манипуляционную
- д) шлюз для медицинского персонала

33. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного покоя
- б) учет сведений о контактах с инфекционными больными
- в) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- г) прием игрушек и книг, только не бывших в употреблении
- д) все перечисленное верно

34. Детская поликлиника осуществляет медицинскую помощь детям:

- а) до 7 лет
- б) до 12 лет
- в) до 14 лет
- г) до 15 лет
- д) до 18 лет

35. Принцип непрерывного динамического наблюдения за здоровьем детей называется:

- а) принцип участковости
- б) преемственность в работе врачей
- в) принцип диспансерного наблюдения
- г) этапность в лечении
- д) принцип единого педиатра

36. Основной документацией детской поликлиники является:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

37. Различают следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное и добровольное
- б) имущественное
- г) налоговое
- д) все перечисленное верно

38. Маркетинг изучает:

- а) вопросы управления
- б) вопросы рыночных отношений
- в) вопросы экономики
- г) вопросы планирования

39. Медицинская услуга подразумевает оказание:

- а) профилактической помощи и лечебной помощи
- б) обследования
- в) реабилитации
- г) санаторно-курортного лечения
- д) все перечисленное верно

40. В городе N проводилось изучение ранней неонатальной смертности за 20.. год. Объектом исследования были:

- а) все дети, умершие в первые четыре недели жизни в 20.. году
- б) один ребенок, умерший в первые четыре недели жизни в 20.. году
- в) все дети, умершие в первые 168 часов жизни в 20.. году
- г) один ребенок, умерший в первые 168 часов жизни в 20.. году
- д) все дети, умершие в первые 42 дня жизни в 20.. году

41. С целью изучения медицинской активности проведен социологический опрос всех матерей Выборгского района с фамилией на букву "Д". Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) метод основного массива
- в) метод монографического исследования
- г) серийной выборки
- д) случайной выборки

42. Проведен социологический опрос всех женщин, родивших в Москве в январе 20.. года. Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной

- б) когортный метод
- в) серийной выборки
- г) многоступенчатого отбора
- д) направленного отбора

43. Показатель плодовитости это:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) показатель соотношения
- г) показатель наглядности
- д) все ответы не верны

44. Метод стандартизации применяется для:

- а) сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в различной среде
- б) оценки величины изменения явления на протяжении определенного промежутка времени
- в) выявления и измерения связи между явлениями
- г) предоставление обобщенной характеристики трех и более средних величин или показателей

45. При расчете распространенности заболеваний в качестве явления принимаются:

- а) число всех имевшихся у населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных ранее, по поводу которых больной вновь обратился в этом году
- б) средняя численность населения
- в) число заболеваний выявленных на профилактических осмотрах
- г) число новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний
- д) число заболеваний выявленных по данным о причинах смерти

46. Основной правовой базой, охватывающий широкий круг общественных отношений в области здравоохранения, является:

- а) ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- б) ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- в) ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации
- д) Концепция развития здравоохранения до 2020 года

47. В Российской Федерации выделяют следующие системы здравоохранения:

- а) государственную, муниципальную и частную
- б) ведомственную и вневедомственную
- в) городскую и сельскую
- г) взрослую и детскую
- д) только государственную и муниципальную

48. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют:

- а) анамнез
- б) историю болезни
- в) врачебную тайну
- г) личное дело
- д) катамнез

49. Бесплатно медицинская помощь гражданам оказывается в следующем объеме:

- а) в рамках «Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи»

- б) в полном объеме все виды помощи
- в) только экстренная помощь
- г) только стационарная помощь
- д) вся стационарная и первичная медико-санитарная помощь

50. Министр МЗ РФ назначается на должность:

- а) правительством РФ
- б) президентом РФ
- в) общественной палатой РФ
- г) советниками президента
- д) главными специалистами

Номера правильных ответов:

- 1. д
- 2. д
- 3. б
- 4. г
- 5. а
- 6. а
- 7. а
- 8. б
- 9. в
- 10. б
- 11. в
- 12. в
- 13. в
- 14. г
- 15. г
- 16. г
- 17. в
- 18. д
- 19. г
- 20. д
- 21. г
- 22. а
- 23. д
- 24. г
- 25. д
- 26. г
- 27. в
- 28. д
- 29. г
- 30. г
- 31. в
- 32. г
- 33. д
- 34. д
- 35. в
- 36. д
- 37. б
- 38. б
- 39. д
- 40. в
- 41. д
- 42. б

43. б
44. а
45. а
46. а
47. а
48. в
49. а
50. б

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. **Общественное здоровье и здравоохранение как медицинская наука, изучающая закономерности формирования здоровья населения с целью разработки стратегии и тактики здравоохранения, ее определение и содержание.**
2. **Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства.**
3. **Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.**
4. **Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.**
5. **Основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.**
6. **Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Виднейшие деятели российского общественного здоровья и здравоохранения (Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.В. Мольков, М.Ф. Владимирский, Г.Н. Каминский, З.Г. Френкель, П.А. Кувшинников, Н.А. Виноградов, Г.А. Баткис, С.В. Курашов, Б.В. Петровский, А.Ф. Серенко).**
7. **Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения за рубежом.**
8. **Социальные и биологические закономерности здоровья населения. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.**
9. **Зависимость здоровья трудящихся от способа производства и материальных условий жизни общества. Болезнь и здоровье в философском понимании.**
10. **Действие социальных факторов и образа жизни на здоровье людей в условиях развития рыночных отношений.**
11. **Эпидемиология и социально-гигиенические проблемы наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний.**
12. **Основные принципы охраны здоровья населения России.**
13. **Схема изучения состояния здоровья населения, источники информации, методы изучения состояния здоровья населения.**
14. **Демография. Предмет и содержание демографии. Население как объект социально-гигиенического изучения. Значение демографических данных в практике здравоохранения (медицинская демография).**
15. **Прогнозирование основных показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность, в том числе младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни). методические подходы при прогнозировании, краткие и**

- долгосрочные прогнозы.
16. Заболеваемость. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; основные принципы ее построения. Методика изучения заболеваемости. Понятия «заболеваемость», «болезненность», «распространенность».
 17. Инвалидность как медико-социальная проблема. Определение. Эпидемиология инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.
 18. Система профилактики, целевые комплексные программы.
 19. Федеральные и региональные программы здравоохранения; программы государственных гарантий медицинской помощи населению.
 20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Организация базовых поликлиник и кабинетов. Поликлиника и поликлиническое отделение больницы, их ведущее значение в системе медицинского обслуживания и обеспечения работы врача общей практики; структура, организация работы.
 21. Городской участок, организация и содержание работы участкового врача-терапевта, медицинской сестры участка.
 22. Роль консультаций «брак и семья», медико-генетических консультаций в организации медико-социальной помощи детям.
 23. Рациональные графики работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, режим работы самих учреждений и их структурных подразделений.
 24. Основные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.
 25. Организация отделений профилактики, восстановительного лечения в городских поликлиниках.
 26. Развитие специализированной медицинской помощи на базе стационаров, диагностических центров и поликлиник при крупных стационарах.
 27. Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике.
 28. Отделения восстановительного лечения и реабилитации, их структура, функционирование, связь с другими службами поликлиники и стационара.
 29. Управление системой приема и движения больных в поликлинике; роль кабинета инфекционных болезней в поликлинике; связь с центром госсанэпиднадзора. Роль санитарного актива в мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями.
 30. Стационар больницы, порядок поступления и выписки больных. Структура и функции приёмного отделения. Организация работы врача, медицинской сестры, младшего медицинского персонала.
 31. Специализированные отделения больниц, принципы их организации, структуры, функционирования. Лечебно-охранительный режим в больнице.
 32. Организация работы патологоанатомического отделения больницы. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре; клиничко-анатомические конференции.
 33. Организация специализированной медицинской помощи. Мероприятия по борьбе с внутрибольничными инфекциями. Медицинская и социальная реабилитация. Этапное лечение.
 34. Больницы и отделения восстановительного лечения. Роль загородных больниц и отделений.
 35. Скорая и неотложная медицинская помощь населению. Объединение больниц и станций скорой медицинской помощи.
 36. Объединение и самостоятельная деятельность скорой и неотложной медицинской помощи. Специализированные бригады скорой медицинской помощи.
 37. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения в поликлинике и больнице.
 38. Организация материального и медицинского снабжения и контроль за расходованием

- средств в стационаре и поликлинике.
39. Медицинская документация, учет, отчетность, показатели деятельности стационара и поликлиники. Методы оценки эффективности работы.
 40. Особенности структуры больниц специализированной помощи - больниц скорой медицинской помощи, больниц реабилитации и др.
 41. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
 42. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных, виды специальных диспансеров, их структура, формы, методы их работы.
 43. Специальные диспансеры-кабинеты (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, наркологические др.). Показатели качества и эффективности диспансеризации.
 44. Правовые, организационные и экономические основы деятельности здравоохранения России. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.
 45. Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.
 46. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения. Стандартизация в системе здравоохранения.
 47. Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.
 48. Функции руководителя медицинского учреждения и организация его труда, финансовый менеджмент. Управленческий цикл.
 49. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях.
 50. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.
 51. Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала.
 52. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.
 53. Вклад здравоохранения в повышение уровня жизни и обеспечение устойчивости социально-экономического развития страны.
 54. Медико-социальное страхование здоровья.
 55. Деятельность фонда обязательного медицинского страхования граждан России как важнейшего источника финансирования и экономического стимулирования в здравоохранении.
 56. Система научного обеспечения развития здравоохранения России.
 57. Рост материально-технической базы здравоохранения, подготовка медицинских кадров — основа повышения качества медицинской помощи населению.
 58. Система управления и менеджмента в здравоохранении.
 59. Система управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.
 60. Стандартизация в здравоохранении. Протоколы ведения больных. Задачи по развитию и оптимизации деятельности в стране больнично-поликлинической помощи.
 61. Внутри- и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
 62. Понятия «трудоспособность», «временная нетрудоспособность», «стойкая нетрудоспособность», «частичная нетрудоспособность». Временная нетрудоспособность. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
 63. Задачи врачебной экспертизы трудоспособности по обеспечению права на труд и материальное обеспечение трудящихся.
 64. Листок нетрудоспособности как основной документ медицинского, юридического и финансового характера. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности. Контроль за правильной выдачей листов и сроками восстановления трудоспособности.
 65. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ); его структура, функции и методы

- работы по определению инвалидности.
66. Определение экономики здравоохранения. Разделы экономики здравоохранения и основные направления научных исследований в этой области.
 67. Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения. Организация медицинского страхования.
 68. Понятие об экономической эффективности здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении.
 69. Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Маркетинг в здравоохранении.
 70. Предпринимательство в здравоохранении. Платная медицинская помощь. Экономические основы обеспечения взаимной заинтересованности в оптимизации деятельности и использования ресурсов здравоохранения.
 71. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования. Основные нормативы медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и др.). Основные показатели плана здравоохранения, их измерители.
 72. Стратегическое планирование, бизнес-планирование. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения. Территориально-отраслевые планы.
 73. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (уровень, потребность, сеть учреждений, их мощность, объем деятельности, кадры). Особенности планирования лечебно-профилактической помощи сельскому населению.
 74. Понятие о нормировании труда, основные методические подходы для разработки штатных нормативов медицинского персонала учреждений здравоохранения. Штатное расписание учреждений здравоохранения.
 75. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование программ здравоохранения. Принципы одноканального финансирования в здравоохранении.
 76. Планирование расходов на здравоохранение. Смета медицинского учреждения, основное содержание статей расходов. Режим экономии и использование внутренних резервов. Системы оплаты и материальное стимулирование труда работников здравоохранения.
 77. Основы и методы медицинской статистики. Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы; статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Организация государственной статистики в России.
 78. Статистическая совокупность; ее определение, групповые свойства статистической совокупности. Понятие генеральной и выборочной совокупности. Репрезентативность выборки.
 79. Организация статистического исследования и его этапы. Объект и единица наблюдения. Программа сбора и анализа материала. Характеристика разнообразия изучаемого признака.
 80. Статистические таблицы. Использование абсолютных величин. Относительные величины, их особенности, методы расчета. Виды средних величин, методы расчета.
 81. Оценка достоверности результатов исследования. Доверительные границы средних и относительных величин. Оценка достоверности разности между средними величинами. Применение критерия соответствия χ^2 (хи-квадрат). Особенности статистической обработки данных на достоверность при малой выборке.
 82. Регрессионный анализ. Вычисление коэффициента регрессии, решение уравнения регрессии, расчет сигмы регрессии. Составление и использование шкалы регрессии.
 83. Дисперсионный анализ. Непараметрические критерии. Динамические ряды, способы их выравнивания и анализа. Метод стандартизации, его значение и применение.
 84. Корреляционный анализ. Методы расчета коэффициентов корреляции и их оценок. Графические изображения в статистическом исследовании. Виды диаграмм, правила их построения и применения.
 85. Использование компьютерных технологий в обработке статистического материала.

Пути и возможности применения в медицине системы Интернет. Основы и принципы доказательной медицины.

86. Применение математических методов и вычислительных средств в системе управления и в деятельности учреждений здравоохранения страны. Автоматизированные системы сбора и обработки медицинской информации. Технические средства управления.
87. Применение современных экономико-математических методов, вычислительной техники в планировании здравоохранения.
88. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках; учетная форма, формат, вид и тип документа; условия сбора статистических сведений, сроки хранения документации.
89. Формирование и свод из учетных форм различных отчетных документов. Отчет лечебно-профилактического учреждения. Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах учреждений системы Министерства здравоохранения России.
90. Информационное обеспечение управления здравоохранением. Требования к нему, современные принципы построения.
91. Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения; показатели способы их расчета; показатели эффективности деятельности и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.
92. Основные принципы правовой система охраны здоровья населения Российской Федерации.
93. Действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
94. Правовые основы обеспечения качества медицинской помощи. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг.
95. Основы трудового законодательства в здравоохранении.
96. Основные требования, предъявляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
97. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии. Биоэтика.
98. Виды юридической ответственности медицинских работников. В каких случаях и каким образом наступают различные виды ответственности медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью.
99. Социальные и профессиональные права, предоставляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
100. Основные права пациента при обращении за медицинской помощью.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

1. Компонентами педагогического процесса являются...
 1. цели, содержание, формы и методы воспитания и обучения
 2. семья, школа, общество
 3. знания, умения и навыки учащихся
 4. педагоги, учащиеся, родители
2. Укажите ведущую деятельность младшего школьного возраста:
 1. предметно-манипулятивная деятельность
 2. учебная деятельность
 3. сюжетно-ролевая игра
 4. непосредственное эмоциональное общение
3. Отбор содержания образования определяется уровнем...
 1. подготовки педагогов
 2. развития технологий обучения

3. требований родителей
 4. социальных и научных достижений
4. Единство и взаимодействие компонентов, составляющих педагогический процесс, определяют его...
 1. целенаправленность
 2. индивидуальность
 3. управляемость
 4. целостность
 5. Ошибочную основу воспитания детей в семье составляет...
 1. строгость в сочетании с эмоциональной холодностью в отношениях с ребенком
 2. помощь ребенку в преодолении проблем
 3. забота о ребенке в сочетании с требовательностью
 4. бескорыстная любовь к ребенку
 6. Авторитарная система отношений «врач-больной» - это модель...
 1. модель контракта
 2. партнерства
 3. руководства-партнерства
 4. руководства
 7. Основными категориями педагогики являются...
 1. знания, умения, навыки
 2. среда, наследственность, воспитание
 3. воспитание, обучение, образование
 4. созревание, система, социализация
 8. В древней Греции педагогами называли...
 1. преподавателей ораторского искусства
 2. рабов, сопровождающих детей своего господина в школу
 3. старейшин, возглавлявших школу в Афинах
 4. учителей Спарты
 9. Сопоставьте педагогическую категорию с ее определением
 1. Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека
 2. Процесс взаимодействия учителя и учащихся, в результате которого обеспечивается развитие человека
 3. Активная целенаправленная деятельность человека, направленная на самообразование, совершенствование положительных и преодоление отрицательных личностных качеств
 4. Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: экономических, социальных, идеологических, психологических и др.
 - а. формирование
 - б. обучение
 - в. самовоспитание
 - г. развитие
 10. Волевое и личностное развитие человека в онтогенезе...
 1. генетически ограничены
 2. определяются только влиянием наследственности
 3. предопределены анатомо-физиологическими особенностями нервной системы
 4. не имеют предела

11. Предметом педагогики как науки является...
1. целенаправленно организуемый педагогический процесс
 2. профессиональная педагогическая деятельность
 3. развитие личности
 4. образовательные системы
12. В структуру педагогических наук не входит...
1. андрогогика
 2. анатомия
 3. педагогика высшей школы
 4. история педагогики
13. В содержание психологической структуры педагогического процесса входят:
1. Познавательные процессы, мотивация, темперамент
 2. Познавательные процессы, мотивация, активность
 3. Когнитивные процессы, эмоции
14. Укажите ведущую деятельность детей дошкольного возраста:
1. сюжетно-ролевая игра
 2. непосредственное эмоциональное общение
 3. предметно-манипулятивная деятельность
 4. учебная деятельность
15. Манипулятивное общение – это
16. Укажите возможные типы манипуляторов:
1. активный, пассивный, ригидный
 2. активный, пассивный, безразличный
 3. пассивный, ригидный, безразличный
17. Цели обучения определяются...
1. средствами обучения
 2. потребностями и возможностями общества
 3. мастерством педагога
 4. индивидуальными особенностями учащегося
18. Умение педагога доступно излагать учебный материал, пользоваться различными источниками учебной информации относится к _____ умениям.
1. рефлексивным
 2. информационно-дидактическим
 3. организационным
 4. коммуникативным
19. В процессе лечебного взаимодействия не проявляется _____ психологическая установка.
1. адекватная
 2. катотимная
 3. неадекватная
 4. позитивная
20. При каком типе отношения к болезни для пациента характерно желание скрыть от других людей информацию о своей болезни:
1. анозогностический

- 2.тревожный
- 3.сенситивный

21.Перечислите основные принципы, характерные для гуманистического общения.....

22. Ситуация, когда человек не знает, почему он поступает так или иначе, а иногда даже заблуждается в побуждениях относительно своего поведения, возможна при доминировании _____ мотивов.

- 1. смыслообразующих
- 2. реально действующих
- 3. неосознаваемых
- 4. понимаемых

23. Механизмом познания и понимания личностного своеобразия воспитанника является...

- 1. обмен знаниями
- 2. конфликт
- 3. теоретический анализ
- 4. эмпатия

24. Силь педагогического общения, при котором педагог единолично определяет цели взаимодействия и субъективно оценивает результаты деятельности ученика, называется...

- 1. демократическим
- 2. игнорирующим
- 3. авторитарным
- 4. попустительским

25. Следующие методы подготовки специалиста-медика: анализ конкретных ситуаций, анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики, лечения, реабилитации и т.д.) называются....

- 1. словесными
- 2. неимитационными
- 3. наглядными
- 4. имитационными

26. К эмпирическим (практическим) методам педагогического исследования относится...

- 1. эксперимент, моделирование, рейтинг, тестирование
- 2. наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент
- 3. наблюдение, анализ, эксперимент, интервьюирование
- 4. беседа, классификация, синтез, шкалирование

27. Установите соответствие *между* функциональными компонентами педагогической деятельности и их характеристиками.

- 1. Диагностирующая функция
- 2. Презентативная функция
- 3. Корректирующая функция

- а. ориентирована на изложение учебного материала
- б. связана с исправлением результатов деятельности учащихся
- в. обеспечивает обратную связь

28.Расставьте в правильном порядке этапы учебного познания

- 1.активное воспроизведение информации
- 2.восприятие объекта

3. процесс запоминания
4. осмысление

29. Субъектами педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. пациенты с установленными диагнозами
2. здоровые люди
3. родственники пациентов
4. пациенты, проходящие диагностическое обследование

30. Эмпатия – это

1. способность отойти от своей позиции и взглянуть на взаимоотношения глазами стороннего наблюдателя
2. устойчивое позитивное чувство к другому человеку
3. вчувствование в переживания другого человека

31. Основными целями педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. популяризация здорового образа жизни
2. формирование мотивации пациентов на повышение материальных затрат на медицинские услуги
3. формирование мотивации самосохранительного и здоровьесберегающего поведения
4. выявление моделей и методов эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками

32. Эффект привлекательности как эффект восприятия – это

1. стремление произвести наилучшее впечатление на собеседника
2. тенденция к привлечению внимания к себе
3. тенденция к переоценке качеств внешне привлекательного человека

33. Установите соответствие *между* стилями педагогического общения и их характеристиками

1. диалог между педагогом и учащимися происходит с позиции «на равных», активно используются обсуждение, понимание, убеждение
2. педагог самоустраняется от руководства группой либо идет на поводу желаний учащихся
3. педагог стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность учащихся, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации

- А. попустительский
- Б. игнорирующий
- В. демократический

34. К барьерам коммуникации относят:

1. незнание языка
2. эмоциональное состояние
3. некорректная обратная связь
4. все вышеперечисленное

35. Сознательное или неосознанное неаргументированное воздействие на другого человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения и предрасположенности к определенным действиям - это

1. внушение

- 2.заражение
- 3.убеждение

ОТВЕТЫ:

- 1. 1 19. 2
- 2. 2 20. 3
- 3. 4 21.
- 4. 4 22. 3
- 5. 1 23. 4
- 6.4 24. 3
- 7. 3 25. 4
- 8. 2 26. 2
- 9. 1г, 27. 1в,2а,3б
- 2б, 3в, 28. 2,4,3,1
- 4а 29. 1,2,3,4
- 10. 4 30. 3
- 11. 1 31. 1,3,4
- 12. 2 32. 3
- 13. 2 33. 1в, 2а, 3б
- 14. 1 34. 4
- 15. 35. 1
- 16. 2
- 17. 2
- 18. 2

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

- 1.Педагогика как наука.
- 2.Задачи педагогики.
- 3.Основные категории педагогики.
- 4.Образование как система, как процесс и как результат.
- 5.Обучение как педагогический процесс.
- 6.Структура педагогического процесса.
- 7.Средства обучения.
- 8.Воспитание и самовоспитание, закономерности и принципы.
- 9.Методы и формы воспитания.
- 10.Педагогическая деятельность и педагогическое взаимодействие в профессиональной деятельности врача.
- 11.Цели и задачи педагогической деятельности врача.
- 12.Субъекты педагогической деятельности врача.
- 13.Научно-педагогическая деятельность врача (цели, задачи, методы, приемы).
- 14.Когнитивные процессы и их значение в достижении педагогических задач.
- 15.Эмоции пациента и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
16. Возрастно-половые и индивидуально-типические свойства индивида и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
17. Особенности педагогического процесса в разных возрастных группах (младенческий возраст, раннее детство, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, молодость, зрелый возраст, старость).
18. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами дошкольного возраста.
19. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами школьного возраста.
- 20.Особенности педагогической деятельности врача с пациентами старших возрастных групп.
- 21.Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
- 22.Психологический смысл.

23. Влияние когнитивных процессов, эмоциональных особенностей и особенностей личности, половозрастных, социальных и профессиональных особенностей на восприятие собственного тела, восприятие болезни и здоровья
24. Типы отношения к болезни.
25. Биопсихосоциальная природа человека.
26. Педагогическая психология как наука.
27. Основные методы психолого-педагогического обследования: наблюдение, эксперимент, опрос, анализ результатов деятельности.
28. Психология образовательной деятельности. Самообразование медицинского работника.
29. Психология учебной деятельности.
30. Учебная мотивация, факторы ее формирования.
31. Психология усвоения знаний. Формирование и развитие навыков в процессе усвоения.
32. Стиль педагогической деятельности.
33. Общения, его функции, цели, задачи.
34. Виды и уровни общения.
35. Принципы гуманистического общения.
36. Структура общения (коммуникативная, интерактивная, перцептивная стороны).
37. Характеристики коммуникативной стороны общения. Основные каналы коммуникации и их функции, понятие обратной связи. Барьеры коммуникации.
38. Феномен межличностного влияния и противостояния влиянию. Виды влияния и противостояния влиянию
39. Интерактивная сторона общения. Основные стратегии взаимодействия (соперничество, сотрудничество, компромисс, приспособление, избегание).
40. Перцептивная сторона общения, ее механизмы. Эффекты восприятия.
41. Основные правила позитивного общения.
42. Конфликты, способы их профилактики и разрешения.
43. Педагогическое общение, его специфика, основные функции.
44. Стили педагогического общения.
45. Личность педагога, ее влияние на результат педагогического процесса.
46. Специальные и личностные нравственно-волевые качества личности.
47. Особенности потребностно-мотивационной сферы врача и их влияние на успешность профессиональной деятельности.
48. Направленность, самоопределение, рефлексия и их роль в профессиональной деятельности врача.
49. Самовоспитание и самоактуализация как движущие силы профессионального и личностного развития.
50. Этические принципы в деятельности врача.
51. Профессиональная, психологическая и педагогическая компетентность как фактор успешности профессиональной деятельности.
52. Эмпатия как фактор успешности профессиональной и педагогической деятельности врача
53. Культура речи, дидактические и прогностические способности как факторы успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
54. Организаторские и коммуникативные умения и их важность в деятельности врача.
55. Особенности педагогической деятельности врача в условиях стационара и в условиях амбулаторного лечения/ наблюдения.
56. Особенности педагогической деятельности врача в соматической и психиатрической практике.
57. Педагогические аспекты деятельности врача при индивидуальной и групповой формах работы со здоровыми лицами, пациентами и их родственниками.
58. Индивидуальные подходы при решении педагогических задач при разных типах отношения к болезни, видах мотивации, целей лечения.
59. Специфика педагогической деятельности при наличии рентных установок на болезнь.
60. Специфика педагогической деятельности при психосоматической природе заболевания.
61. Специфика педагогической деятельности при работе с детьми и их родителями.

62. Проблема комплаэнса в медицине. Использование педагогических и психологических приемов и методов с целью достижения оптимального комплаэнса.
63. Школы для пациентов и их родственников как одна из форм педагогической деятельности врача.
64. Педагогическая деятельность врача, направленная на обучение среднего и младшего медицинского персонала, формирование коллектива.
65. Понятие педагогики высшей школы.
66. Исторические аспекты развития высшей школы.
67. Методология и методы педагогических исследований в высшей школе.
68. Высшее учебное заведение как педагогическая система. Цели и содержание обучения в высшей школе.
69. Принципы обучения и специфика их реализации в высшей школе.
70. Процесс и стиль педагогического взаимодействия в высшей школе.
71. Формы обучения в высшей школе.
72. Средства обучения. Выбор методов и средств обучения. Технологии обучения в высшей школе.
73. Государственный образовательный стандарт и образовательные программы. Понятие и сущность содержания образования.
74. Образовательные учреждения высшего профессионального образования.
75. Профессиональное становление преподавателя высшей школы.
76. Профессионализм и саморазвитие личности педагога.
77. Научно-исследовательская деятельность преподавателя.
78. Педагогическая культура преподавателя.
79. Воспитательный процесс в высшей школе. Методы, средства и формы воспитания в современной педагогике.

**ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»**

1. Дистрофия – это нарушения структуры
 - а) органов
 - б) тканей
 - в) клеток
 - г) органелл
 - д) организма
2. По локализации различают дистрофии
 - а) паренхиматозные
 - б) минеральные
 - в) белковые
 - г) врожденные
 - д) углеводные
3. Распад ультраструктур – это
 - а) трансформация
 - б) декомпозиция
 - в) инфильтрация
 - г) извращенный синтез
 - д) колликвация
4. Образование не свойственных организму веществ - это
 - а) извращенный синтез
 - б) декомпозиция
 - в) коагуляция
 - г) трансформация
 - д) колликвация
5. Гемосидероз печени не характерен для:

- а) гемолитической анемии
 - б) механической желтухи
 - в) отравлений бертолетовой солью
 - г) малярии
 - д) гемобластозов
6. Распространенный меланоз характерен для:
- а) альбинизма
 - б) аддисоновой болезни
 - в) меланомы
 - г) невуса
 - д) витилиго
7. Если гистолог видит «массы фибриноида», то имеет место:
- а) затихание болезни
 - б) легкие, не опасные болезни
 - в) болезни в фазе обострения
 - г) аутоиммунные болезни
 - д) инфекции
8. Если кровоподтек зеленовато-буро-коричневатый, то он существует:
- а) около 1 часа
 - б) около 3х-5ти дней
 - в) больше месяца
 - г) около суток
 - д) около недели
9. Буро-коричневый цвет периферической зоны кровоподтека существующего около недели вызван
- а) меланином
 - б) гемосидерином
 - в) билирубином
 - г) гемоглобином
 - д) гематином
10. Если в почках возникают желтоватые мягкие камни с гладкой поверхностью, то по составу они
- а) оксалаты
 - б) фосфаты
 - в) ураты
 - г) кристаллоидные
 - д) коллоидные
11. Если трупные пятна имеют темно-фиолетовый цвет и при надавливании светлеют, то:
- а) это трупный аутолиз
 - б) это трупная имбибиция
 - в) смерть очевидно наступила 3-6 часов назад
 - г) смерть очевидно наступила более суток назад
 - д) это татуировки
12. У больного с периодическими болевыми приступами , обнаружены узловатые утолщения у мелких суставов. Они состоят из – кристаллических масс, вокруг - воспаление. Эти изменения говорят о:
- а) мочекаменной болезни
 - б) подагре
 - в) нарушении обмена углеводов
 - г) нарушении обмена жиров
 - д) наркомании
13. Рахитические «четки» это отложения:
- а) меди
 - б) кальция и фосфора

в) железа

г) калия

д) магния

14. Для органов с магистральным типом ветвления сосудов (селезенка, почка, головной мозг) характерны инфаркты

а) красные

б) белые

в) белые с красным венчиком

г) смешанные

д) синие

15. В гнойной полости обнаружен свободно лежащий фрагмент гомогенной кости, это:

а) сухой некроз

б) секвестр

в) инородное тело

г) тяжелая дистрофия

д) местная смерть

16. Творожистый некроз характерен для:

а) лимфогранулематоза

б) инфаркта

в) ревматизма

г) брюшного тифа

д) туберкулеза

17. Типовая локализация секвестров:

а) мышцы

б) печень

в) кости

г) яичник

д) почка

18. Причиной инфаркта является

а) артериальная гиперемия

б) диапедез эритроцитов

в) тромбоз сосудов

г) разрыв стенки сосуда

д) атеросклероз

19. Атеросклероз в основном поражает:

а) артерии эластического типа

б) артерии мышечного типа

в) артериолы

г) венулы

д) капилляры

20. Изменения почек при гипертонической болезни называются

а) вторично-сморщенные

б) первично-сморщенные

в) синдром Киммельстила-Уилсона

г) пиелонефритические сморщенные

д) поликистоз взрослого типа

21. Атероматоз это, когда преобладают:

а) пятна и полосы

б) фиброзные бляшки

в) бляшки с детритом

г) участки кальциноза

д) участки тромбоза

22. Для «лёгочного» сердца характерна гипертрофия :

а) левого желудочка

- б) всех камер сердца
 - в) правого желудочка
 - г) левого предсердия
 - д) правого предсердия
23. Для ревматизма характерны:
- а) Эпителиоидно клеточные гранулемы
 - б) гранулемы Ашофф-Талалаева
 - в) гуммы
 - г) кондиломы
 - д) папилломы
24. «Бородавки» при ревматическом эндокардите это:
- а) мелкие тромбы
 - б) папилломки
 - в) микро грыжи створок
 - г) гранулемы
 - д) петрификаты
25. Воспалительное поражение всех оболочек сердца носит название
- а) панкардит
 - б) ревмокардит
 - в) миокардит
 - г) перикардит
 - д) эндокардит
26. Карнификация лёгкого для крупозной пневмонией является
- а) осложнением
 - б) проявлением
 - в) стадией
 - г) вариантом
 - д) этапом
27. Экссудат при крупозной пневмонии не бывает
- а) гнилостным
 - б) фибринозно-геморрагическим
 - в) фибринозно-гнойным
 - г) фибринозным
 - д) серозным
28. К характерным морфологическим изменениям приузелковом периартериите относятся
- а) артериолосклероз
 - б) атеросклероз
 - в) деструктивно-пролиферативный васкулит
 - г) гиалиноз
 - д) амилоидоз
29. Феномен «проволочных петель» в почках развивается при
- а) ревматизме
 - б) системной красной волчанке
 - в) атеросклерозе
 - г) ревматоидном артрите
 - д) склеродермии
30. При пневмофиброзе и эмфиземе легких в сердце развивается
- а) атрофия миокарда
 - б) гипертрофия правого желудочка;
 - в) гипертрофия левого желудочка
 - г) ожирение
 - д) инфаркт миокарда
31. Характерным признаком острого аппендицита является

- а) склероз серозы
 - б) склероз слизистой
 - в) инфильтрация стенки лейкоцитами
 - г) лимфоплазмацитарная инфильтрация
 - д) все перечисленные
32. Острый гастрит проявляется в форме
- а) трофического
 - б) гипертрофического
 - в) поверхностного
 - г) гнойного
 - д) с перестройкой эпителия
33. Для обострения язвы желудка характерны
- а) гиалиноз дна язвы
 - б) очаги фибриноида в дне язвы
 - в) регенерация
 - г) лимфоплазмацитарные инфильтраты
 - д) кишечная метаплазия
33. Основными гистологическими признаками активности хронического гепатита являются:
- а) распространенные некрозы
 - б) тельца Маллори
 - в) тельца Каунсильмена
 - г) жировая дистрофия
 - д) белковая дистрофия
34. При сахарном диабете в островках поджелудочной железы происходит:
- а) атрофия и склероз
 - б) гипертрофия и гиперплазия
 - в) гнойное воспаление
 - г) некроз
 - д) микрокистоз
35. Наиболее частой причиной смерти при циррозе печени является
- а) сепсис
 - б) перитонит
 - в) печёночная недостаточность
 - г) легочное кровотечение
 - д) кровотечение из вен пищевода
36. Морфологическим проявлением диабетической макроангиопатии является:
- а) плазморрагия
 - б) «нисходящий» атеросклероз
 - в) васкулит
 - г) кальциноз
 - д) некроз
37. Развитию трубной беременности способствует:
- а) гипоплазия маточных труб
 - б) внутриматочная спираль
 - в) все перечисленное
 - г) сальпингофорит
 - д) ничего из перечисленного
38. Причинами развития эндемического зоба является
- а) недостаток йода
 - б) избыток йода
 - в) избыток калия
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
39. Признаки вторичного сифилиса-сифилиды, это все, кроме:

а) розеолы

б) папулы

в) гуммы

г) пустулы

д) изъязвления

40. К развитию аддисоновой болезни приводит какая патология надпочечников:

а) феохромоцитома

б) туберкулез

в) аденома

г) гиперплазия

д) все перечисленное

41. Ветряную оспу, опоясывающий лишай, пустулезный дерматоз вызывают:

а) хламидии

б) вирусы герпеса

в) риккетсии

г) бактерии

д) грибы

42. Пейеровы бляшки в основном изменяются при:

а) холере

б) дизентерии

в) брюшном тифе

г) вирусном гепатите

д) панкреанекрозе

43. Возбудителем чумы является:

а) вибрион Эль-тор

б) иерсиния пестис

в) риккетсия Провачека

г) стрептококк

д) палочка Фридендера

44. К гематогенному туберкулёзу относится:

а) милиарный

б) острый кавернозный

в) цирротический

г) казеозная пневмония

д) фиброзно-кавернозный

45. При полиомиелите наиболее часто поражаются:

а) оболочки спинного мозга

б) кора лобной доли головного мозга

в) кора затылочной доли головного мозга

г) мозжечок

д) передние рога спинного мозга

46. Бактериальный эндокардит чаще развивается на клапане

а) митральном

б) трикуспидальном

в) аортальном

г) легочной артерии

д) клапанах вен

47. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего является:

а) аденокарциномой

б) саркомой

в) меланомой

г) недифференцированным раком

д) плоскоклеточным раком

48. Для септической селезёнки не характерно:

- а) увеличение
- б) плотная консистенция
- в) гиперплазия пульпы
- г) обильный соскоб пульпы
- д) дряблая консистенция

49. Проявлением молниеносной менингококцемии является:

- а) гнойный лептоменингит
- б) назофарингит
- в) синдром Уотерхауса-Фридериксена
- г) гидроцефалия
- д) гнойные артриты

50. Морфогенез это:

- а) динамика структурных изменений зародыша
- б) развитие формы органов
- в) последовательность развития структурных изменений по ходу болезней
- г) возникновение тканевых структур
- д) учение о тканях

51. Для туберкулезной гранулемы характерны:

- а) клетки Ашоффа
- б) клетки Ходжкина
- в) клетки Пирогова-Лангханса
- г) клетки Вирхова
- д) клетки Рид-Штернберга

52. В сердце при дифтерии обычно развивается:

- а) фибринозный перикардит
- б) гнойный миокардит
- в) токсический миокардит
- г) порок сердца
- д) возвратно-бородавчатый эндокардит

53. Для осложненного гриппа характерно

- а) большое пестрое легкое
- б) бронхоэктазы
- в) гайморит
- г) эмфизема
- д) все верно

54. При брюшном тифе чаще поражается:

- а) подвздошная кишка
- б) двенадцатиперстная кишка
- в) слепая кишка
- г) сигмовидная кишка
- д) прямая кишка

55. При развитии эндемического зоба у детей развивается

- а) кретинизм
- б) гигантизм
- в) акромегалия
- г) склеродермия
- д) карликовость

56. Какое из следствий гонореи характерно только для маленьких детей:

- а) уретрит
- б) фарингит
- в) конъюнктивит
- г) альпингит
- д) простатит

57. Характерные морфологические признаки уремии

- а) жировой гепатоз
 - б) гнойный плеврит
 - в) фибринозный перикардит
 - г) крупозная пневмония
 - д) ожирение
58. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего
- а) микроангиопатия
 - б) макроангиопатия
 - в) ретинопатия
 - г) инфекционные осложнения
 - д) туберкулез
59. Для острого пиелонефрита характерны:
- а) инфильтрация клубочков
 - б) инфильтрация стромы лейкоцитами
 - в) рубцы в сосочках
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
60. «Полулуния» в клубочках почек характерны для нефритов:
- а) острых
 - б) подострых
 - в) хронических
 - г) пиелонефритов
 - д) все неверно
61. К признакам первой стадии токсической дистрофии печени относится:
- а) ярко-желтый цвет ткани
 - б) уменьшение органа в размерах
 - в) уплотнение, склероз органа
 - г) диффузные кровоизлияния в ткани печени
 - д) все перечисленное
62. К гломерулопатиям относится:
- а) хронический пиелонефрит
 - б) гломерулонефрит
 - в) некротический нефроз
 - г) острый пиелонефрит
 - д) амилоидоз
63. Разрастание соединительной ткани с деформацией почки называется:
- а) гипоплазия
 - б) нефросклероз
 - в) гипертрофия
 - г) аплазия
 - д) гиперплазия
64. Для хронического атрофического гастрита характерны
- а) изъязвления
 - б) кровоизлияния
 - в) снижение высоты слизистой
 - г) дисплазия
 - д) фибринозное воспаление
65. В зависимости от механизма развития различают бронхоэктазы
- а) деструктивные
 - б) мешотчатые
 - в) цилиндрические
 - г) веретеновидные
 - д) кубовидные
66. Наиболее часто к силикозу присоединяется:

- а) брюшной тиф
 - б) грипп
 - в) туберкулез
 - г) склерома
 - д) актиномикоз
67. Преобладающими возбудителями внутрибольничных пневмоний являются
- а) вирусы
 - б) грибы
 - в) представители условно-патогенной флоры
 - г) прионы
 - д) хламидии
68. Образным названием сердца при ревматическом перикардите является
- а) лёгочное сердце
 - б) волосатое сердце
 - в) тигровое сердце
 - г) бычье сердце
 - д) шаровидное сердце
69. Возможным исходом гематомы головного мозга может быть:
- а) бурая киста
 - б) рубцевание
 - в) восстановление ткани
 - г) аневризма
 - д) менингит
70. В группу ревматических болезней входит
- а) атеросклероз
 - б) системная красная волчанка
 - в) болезнь Бадда-Киари
 - г) сахарный диабет
 - д) микоплазмоз
71. Кардиомиопатии это поражения:
- а) воспалительные нарушения сократимости
 - б) ишемические нарушения ритма
 - в) невоспалительные нарушения сократимости
 - г) ложно-гипертрофические изменения
 - д) атрофия
72. Острым считается инфаркт миокарда
- а) первые 8 недель любого очередного
 - б) первые 4 недели первого инфаркта
 - в) рецидивирующий
 - г) имеющий тяжелую клинику
 - д) первую неделю любого инфаркта
73. Изменения по типу «пятен и полосок» соответствуют какой стадии атеросклероза:
- а) Долипидной
 - б) липоидоза
 - в) липосклероза
 - г) атероматоза
 - д) атерокальциноза
74. Для гипертонических кризов в артериолах характерен:
- а) гиалиноз
 - б) амилоидоз
 - в) фибриноидный некроз
 - г) атероматоз
 - д) атеросклероз
75. Признаком острого лейкоза является

- а) инфильтраты состоящие из миелоцитов
 - б) «лейкемический провал»
 - в) увеличение селезенки
 - г) геморрагический диатез
 - д) сепсис
76. Лимфомы это
- а) вариант острых лейкозов
 - б) опухоли лимфузлов
 - в) метастазы опухолей в лимфузлы
 - г) кровоизлияния в лимфузлы
 - д) вариант лимфаденита
77. Пернициозная анемия относится к группе
- а) постгеморрагических
 - б) дефицитных
 - в) гемолитических
 - г) компенсаторных
 - д) доброкачественных
78. Анемия это:
- а) уменьшение ОЦК
 - б) уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов
 - в) снижение количества лейкоцитов
 - г) повышенное кроверазрушение
 - д) повышенное кровеобразование
79. Бластный криз это признак:
- а) острых лейкозов
 - б) лимфом
 - в) обострения хронических лейкозов
 - г) миеломной болезни
 - д) эритролейкоза
80. Злокачественной меланоцитарной опухолью является
- а) меланома
 - б) меланоз Дюбрейля
 - в) невус
 - г) голубой невус
 - д) сложный невус
81. Какой из признаков злокачественной опухоли лучше всего коррелирует с прогнозом
- а) размеры опухоли
 - б) некрозы и кровоизлияния в опухоли
 - в) метастазы в жизненно важные органы
 - г) степень дифференцировки опухоли
 - д) локализация опухоли
82. Опухоль Крукенберга представляет собой
- а) тератобластому яичников
 - б) саркому яичника
 - в) метастаз рака желудка в яичники
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
83. Невозможность определения на глаз истинных границ опухоли связана с ростом
- а) экспансивным
 - б) de novo
 - в) инфильтрирующим
 - г) экзофитным
 - д) солидным
84. Механизм гиперплазии:

- а) увеличение количества клеток
 - б) разрастание соединительной ткани
 - в) разрастание жировой ткани
 - г) уменьшение размеров органа
 - д) декомпозиция
85. Патология ведущая к увеличению размеров кистей, стоп, нижней челюсти ("лошадиное" лицо) соответствует:
- а) физиологической гипертрофии
 - б) акромегалии
 - в) компенсаторной гипертрофии
 - г) дисплазии
 - д) рабочей гипертрофии
86. Механизм рабочей гипертрофии
- а) увеличение количества клеток
 - б) увеличение функционирующих элементов ткани
 - в) разрастание соединительной ткани
 - г) разрастание жировой ткани
 - д) компенсация
87. Примером физиологической рабочей гипертрофии является
- а) сердце спортсмена
 - б) «пивное пузо»
 - в) гинекомастия
 - г) сердце ревматика
 - д) почка при гидронефрозе
88. «Полная» регенерация это:
- а) метаплазия
 - б) гипертрофия
 - в) реституция
 - г) субституция
 - д) склероз
89. Адаптация осуществляется с использованием:
- а) регенерации
 - б) гипертрофии
 - в) организации
 - г) метаплазии
 - д) всего перечисленного
90. Инкапсуляция - это
- а) воспаление
 - б) отграничение
 - в) обызвествление
 - г) окостенение
 - д) петрифицирование
91. Видом гипертрофии является
- а) церебральная
 - б) ожирение
 - в) викарная
 - г) алиментарная
 - д) исхудание
92. Примером компенсаторной гипертрофии является
- а) гипертрофия сердца при пороках клапанов
 - б) гипертрофия беременной матки
 - в) гипертрофия молочных желёз при лактации
 - г) гинекомастия
 - д) гиперплазия эндометрия

93. Если уменьшается только масса паренхимы, а масса стромы даже увеличиваются, то имеет место:

- а) физиологическая атрофия
- б) ложная гипертрофия
- в) дисфункциональная атрофия
- г) атрофия от действия физических факторов
- д) атрофия от сдавления

94. Обтурирующий камень в мочеточнике привел к превращению почки в тонкостенный мешок, это можно определить как

- а) физиологическую атрофию
- б) атрофию вызванную сдавлением
- в) гидроцефалию
- г) общую атрофию
- д) истощение

95. Если на месте погибшей ткани восстанавливается ей идентичная, то такой способ регенерации называется

- а) регенерационная гипертрофия
- б) реституция
- в) субституция
- г) конституция
- д) организация

96. Морфогенез амилоидоза основан на:

- а) декомпозиции
- б) извращенном синтезе
- в) инфильтрации
- г) трансформации
- д) трансдукции

97. Конго красный выявляет в тканях

- а) гликоген
- б) липофусцин
- в) амилоид
- г) жир
- д) меланин

98. Если в регионарном лимфоузле расширяются светлых центры фолликулов растет количество плазматических клеток, то это иммунный ответ по:

- а) гуморальный
- б) клеточный
- в) смешанному типу
- г) аутоиммунному
- д) иммунодефицитному

99. Сальный блеск паренхиматозных органов, порокрашивание в синий цвет тканей при нанесении раствора йода характерны для:

- а) фибриноидного набухания
- б) гиалиноза
- в) вторичного амилоидоза
- г) первичного амилоидоза
- д) мукоидного набухания

100. Тимус—это

- а) нижний отросток головного мозга
- б) центральный орган иммунопоза орган гемопоэза
- в) придаток яичка
- г) верхний отросток головного мозга
- д) складка перикарда

**ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»**

1. Современные методы исследования в детской патологии.
2. Дополнительные методы исследования при производстве детских аутопсий.
3. Основные рутинные и дополнительные гистологические окраски Иммуногистохимические методы Принцип метода Области применения Интерпретация результатов
4. Молекулярно-биологические методы. Проточная цитометрия, , составление диагностической панели при различных заболеваниях. Гибридизация *in situ*. Метод FISH в онкоморфологии. ПЦР
5. Виды биопсий Эндоскопические биопсии. Срочные биопсии. Макроскопическое описание Вырезка биопсийного материала. Обработка биопсийного материала.
6. Диагностика заболеваний почек на биопсийном и операционном материале Исследование пункционной и краевой биопсий почки Дифференциальный диагноз приобретённых и наследственных гломерулопатий и тубулопатий.
7. Биопсии эндометрия Функциональная морфология эндометрия Дифференциальный диагноз трофобластических болезней и триплоидии Дифференциальные диагностические гистологические критерии гиперпластических, метапластических процессов и рака эндометрия
8. Биопсии шейки матки диагностические гистологические критерии Цитопатическое действие папилломавируса Значение в онкогенезе Дисплазия шейки матки: причины развития
9. Задачи детской патологоанатомической службы.
10. Основные документы, регламентирующие работу детской патологоанатомической службы. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания.
11. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
12. Ятрогения: понятие, место в структуре патологоанатомического диагноза.
13. Определение категорий расхождения диагнозов.
14. Задачи и принципы работы ЛКК, КИЛИ, КАК.
15. Основная рабочая документация в детских и перинатальных патологоанатомических отделениях.
16. Особенности детских аутопсий.
17. Особенности аутопсий плодов и новорождённых.
18. Структура детской смертности.
19. Структура перинатальной смертности.
20. Особенности построения диагноза в перинатальной практике.
21. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.
22. Этиология и патогенез опухолей. Механизмы канцерогенеза. Протоонкогены и антионкогены. Изменение наследственного аппарата клетки при опухолевой трансформации. Виды канцерогенов. Механизмы и проявления опухолевой прогрессии.
23. Опухоли детского возраста: частота, принципы классификации. Особенности опухолей у детей, исходы, значение. Понятие о дизонтогенетических опухолях
24. Опухоли из соединительной ткани и её специализированных видов жировая, костная, хрящевая): классификация, основные морфологические проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
25. Опухоли из мышечной ткани. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.
26. Опухоли из сосудов. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.

27. Роль наследственности в развитии опухолей. Ретинобластома: этиопатогенез, морфологические особенности, исходы, значение. Осложнения противоопухолевой терапии. Причины развития вторых опухолей.
28. Опухоли из нервной ткани: принципы классификации. Опухоли вегетативной и периферической нервной системы: основные морфологические проявления, исходы, значение.
29. Опухоли ЦНС.
30. Опухоль Вильмса.
31. Герминогенные опухоли: виды, локализация, исходы, значение.
32. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Варианты течения. Понятие «лейкоз». Острый лимфобластный лейкоз: морфологические проявления, исходы, значение.
33. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Миелоидные опухоли: миелодиспластические синдромы, острые миелоидные лейкозы. Классификация, морфологические проявления, осложнения, исходы.
34. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты В-клеточных опухолей.
35. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты Т-клеточных опухолей. Гистиоцитарные опухоли.
- 36.** Лимфома Ходжкина: классификация, морфологические проявления, исходы, значение.
37. Материнская летальность.
38. Патологическая анатомия сепсиса. Особенности гинекологического и акушерского сепсиса.
39. Неразвивающаяся беременность
40. Плацента: особенности строения, функции. Пороки развития, опухоли. Плацентарная недостаточность: причины, виды, морфологические проявления.
41. Плацентиты: этиология, пути инфицирования, основные морфологические проявления, исходы, значение. Инфекционные фетопатии: ВИЧ-инфекция, гепатиты, краснуха, герпес, хламидиоз, микоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы, значение.
42. Инфекционные фетопатии: листериоз, сифилис. Пути инфицирования, особенности морфо- и патогенеза, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
43. Инфекционные фетопатии: цитомегалия, токсоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
44. Неинфекционные фетопатии: муковисцидоз, диабетическая фетопатия, алкогольная фетопатия. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
45. Неинфекционные фетопатии: ГБН. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.
46. Понятие недоношенности и незрелости, переносимость. Причины, основные морфологические проявления, исходы, значение. Внутрижелудочковые кровоизлияния. Пневмопатии. Бронхолегочная дисплазия.
47. Асфиксия плода и новорожденного: классификация, этиология, патогенез, основные морфологические проявления, исходы, значение. Родовая травма: классификация, причины, основные морфологические проявления, исходы, значение.
48. Врожденные пороки развития новорожденного
49. Классификация врожденных пороков развития. Основные причины возникновения. Общие закономерности морфогенеза. Врожденные пороки развития органов дыхания: основные морфологические проявления, осложнения, исходы. Врожденные пороки сердца: классификация, морфологические проявления, особенности гемодинамики, осложнения, исходы.

**ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»**

1. Что является основным звеном патогенеза артериальной гиперемии?
 1. Затруднение оттока
 2. Усиленный приток
 3. Повреждение сосудистой стенки
 4. Тромбообразование
 5. Изменение состава крови

2. Что является основным звеном патогенеза венозной гиперемии?
 1. Тромбообразование
 2. Затруднение оттока
 3. Уменьшенный приток
 4. Ускоренный отток
 5. Цитокины воспаления

3. Что является основным звеном патогенеза ишемии?
 1. Ускоренный отток
 2. Нейрогенный спазм
 3. Уменьшенный приток
 4. Цитокины воспаления
 5. Лейкотриены

4. Триада Вирхова определяет
 1. Стадии тромбообразования
 2. Этапы свертывания крови
 3. Условия эмболии
 4. Условия тромбообразования
 5. Условия поэтапной активации компонентов системы комплемента

5. Причина тромбообразования
 1. Затруднение оттока
 2. Замедление скорости кровотока
 3. Преобладание системы коагуляции над антикоагуляционными механизмами
 4. Повреждение сосудистой стенки
 5. Затруднение притока

6. Механизмы первичного гемостаза достаточны в
 1. Артериях
 2. Венах
 3. Резистивных сосудах
 4. Шунтирующих сосудах
 5. Сосудах, диаметром < 100 мкм

7. Эмболы из венозной системы большого круга попадают
 1. В коронарные и церебральные сосуды
 2. В сосуды малого круга
 3. В печень
 4. В сосуды внутренних органов
 5. В сосуды конечностей

8. Эмболы из легочных вен, левого сердца и аорты заносятся
 1. В артерии малого круга
 2. В сосуды большого круга
 3. В печень

4. В легкие
 5. В портальную систему
9. Эмболы, порожденные в непарных органах брюшной полости, заносятся
1. В сосуды малого круга
 2. В артерии большого круга
 3. В коронарные артерии
 4. В церебральные артерии
 5. В портальную систему
10. Феномен краевого стояния полиморфонуклеаров начинается в стадию
1. Артериальной гиперемии
 2. Венозной гиперемии
 3. Стаза
 4. При переходе артериальной гиперемии в смешанную
 5. При переходе смешанной гиперемии в венозную
11. Феномен краевого стояния обусловлен
1. Замедлением кровотока
 2. Тромбообразованием
 3. Изменением состава крови
 4. Образованием молекул адгезии клеток
 5. Непосредственным влиянием цитокинов
12. В классической модели воспаления Ю. Конгейма флогогеном является
1. Разрушение спинного мозга
 2. Боковой разрез кожи
 3. Разрез стенки брюшной полости
 4. Стерильный мясоептонный бульон
 5. Подсыхание препарата брыжейки
13. Пример аутоаллергии, опосредованный ГЗТ
1. Базедова болезнь
 2. Тиреоидит Хашимото
 3. Болезнь Гревса
 4. Миастения Гравис
 5. Системная красная волчанка
14. Пример иммунокомплексного васкулита
1. Системная красная волчанка
 2. Крапивница
 3. Вазомоторный ринит
 4. Аутоиммунная гемолитическая анемия
 5. Эритробластоз плода
15. Пример иммунокомплексной Артюс-подобной реакции
1. Аллергическая бронхиальная астма
 2. Аспергиллез
 3. Базедова болезнь
 4. Сывороточная болезнь
 5. Аутоиммунная гемолитическая анемия
16. Пример анафилаксии

1. Аллергический васкулит
 2. Ревматоидный артрит
 3. Отеке Квинке
 4. Инфекционная бронхиальная астма
 5. Контактная экзема
17. Стресс – реакция, невозможна без
1. Надпочечников
 2. Щитовидной железы
 3. Тимуса
 4. Гипофиза
 5. Гипоталамуса
18. Какие гормоны обеспечивают повышение антигипоксической резистентности при общем адаптационном синдроме?
1. Тироксин и трийодтиронин
 2. Инсулин
 3. Соматотропин
 4. Холецистокинин - панкреазимин
 5. Катехоламины + глюкокортикоиды
19. Среди механизмов физиологического выхода из стресса решающую роль играют
1. Катехоламины
 2. Меланоцитстимулирующий гормон
 3. Опиоидные пептиды (эндорфины)
 4. Серотонин
 5. Гипоталамические статины
20. Во второй период полного голодания с водой изменяется до 0.7
1. Окислительный коэффициент мочи
 2. Карбонурический коэффициент
 3. Вагат кислорода
 4. Дыхательный коэффициент
 5. Калорический эквивалент кислорода
21. Длительность второго периода полного голодания с водой лимитируется
1. Запасом гликогена
 2. Способностью организма образовывать достаточные уровни соматотропина
 3. Доступностью восстановительных эквивалентов
 4. Активностью гормонов щитовидной железы
 5. Состоянием и размером жировых депо
22. Основной механизм повреждения островковых В-клеток при сахарном диабете 1-го типа
1. Фактор некроза опухолей альфа
 2. Иммуноглобулины против инсулина В-клеток
 3. Т-лимфоциты киллеры
 4. Иммуноглобулины против поверхностных антигенов В-клеток
 5. Комплемент
23. В основе патогенеза диабетической комы лежит
1. Гипергликемия
 2. Гипонатриемия

3. Гиперглюкагонемия
4. Гиперкетонемия
5. Метаболический алкалоз

24. В основе хронических осложнений инсулинзависимого сахарного диабета лежит
Атеросклероз

Хроническая почечная недостаточность

Микроангиопатия

Инсулинорезистентность

Макроангиопатия

25. К диабетогенам не относятся

Вирус Коксаки

Вирус краснухи

Альбумин коровьего молока

Глюкоза

Нитрозамины

26. В патогенезе системных отеков существенны

Изменение парциального давления кислорода

Повышение парциального давления углекислоты

Повышение уровней адреналина и глюкагона

Торможение образования активного трииодтиронина

Возрастание концентрации альдостерона

27. Пусковым моментом в формировании сердечного отека является

Гипернатриемия

Нарушение функционирования юкта-гломерулярного аппарата

Гиперсекреция натрийуретического фактора

Малый систолический выброс

Гипопротеинемия

28. При метаболическом ацидозе парциальное давление углекислоты

Возрастает

Снижается

Не изменяется

Резко снижается

29. Какая из перечисленных липопротеидемий не является атерогенной?

Гиперлипопротеидемия I

Гиперлипопротеидемия II

Гиперлипопротеидемия III

Гиперлипопротеидемия IV

Гиперлипопротеидемия V

30. Основной патогенетический фактор первичного ожирения

Переедание

Гиподинамия

Гиперинсулинизм

Лептиновая недостаточность

Катехоламиновая недостаточность

ЭТАЛОН ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. (2)	4. (4)	7. (2)	10. (4)	13. (2)	16. (3)	19. (3)	22. (3)	25. (4)	28. (2)
2. (2)	5. (4)	8. (2)	11. (4)	14. (1)	17. (1)	20. (4)	23. (4)	26. (5)	29. (1)
3. (3)	6. (5)	9. (5)	12. (5)	15. (2)	18. (5)	21. (5)	24. (3)	27. (4)	30. (4)

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»

Предмет и методы патологической физиологии. Общие принципы и типы медико-биологических экспериментов. Моделирование болезней и патологических процессов. Примеры моделей. Значение патофизиологии для клиники.

Здоровье как общемедицинская категория. Определения понятия «здоровье», определение ВОЗ. Критерии здоровья. Здоровье и норма. Относительность нормы.

Патологическая реакция, патологический процесс, патологическое состояние. Типовые патологические процессы. Определение понятия болезни, определение ВОЗ. Болезнь как нозологическая форма, синдром.

Реакции повреждения и защиты в ходе развития болезни. Реакции защиты: приспособительные (срочные), адаптивные (долгосрочные), компенсаторные. Относительная целесообразность и потенциальная патогенность защитных реакций.

Принципы классификации болезней. Классификация ВОЗ. Стадии и исходы болезни. Выздоровление, полное и неполное. Ремиссии, рецидивы, осложнения.

Этиология, определение понятия. Причина и причинный фактор. Роль причинного фактора, условий и реактивности организма в развитии болезни. Этиотропный принцип лечения и профилактики болезней.

Понятие о патогенезе. Причинно-следственные отношения при патологических процессах. Проявления первичного и вторичного повреждения. Ведущее звено патогенеза, положительные и отрицательные обратные связи. Порочные круги в патогенезе.

Соотношение местных и общих изменений в патогенезе. Специфические и неспецифические компоненты патогенеза, их относительность. Временные аспекты протекания патологических процессов. Острые и хронические процессы. Критерии, возможность перехода одних в другие.

Внешние и внутренние причинные факторы болезней. Роль факторов внешней среды в возникновении и развитии болезней. Патогенное действие термического фактора. Гипертермия, гипотермия. Патогенез теплового и солнечного удара. Патогенез ожогов и отморожений.

Патогенез электротравмы. Механизм действия электрического тока. Условия, способствующие развитию электротравмы. Причины смерти. Этиология и патогенез кинетозов. Механизмы укачивания. Патогенное действие невесомости.

Патогенное действие на организм повышенного и пониженного барометрического давления. Высотная болезнь. Кессонная болезнь. Их причины и механизм развития. Патофизиологические основы гипербарооксигенотерапии.

Патогенное действие ионизирующих излучений. Этиология и патогенез лучевой болезни. Мутагенное, канцерогенное и тератогенное действие ионизирующих излучений. Особенности патогенного действия радионуклидов при их инкорпорации. Антимутагенные защитные механизмы клеток и организма.

Определение понятия реактивности организма. Роль реактивности в возникновении, развитии и исходе болезней. Виды реактивности. Реактивность и резистентность. Виды резистентности. Факторы пассивной переносимости и активной устойчивости. Относительная адекватность механизмов реактивности.

Факторы, определяющие реактивность. Роль генотипа и факторов внешней среды в формировании реактивности. Роль комплементарных взаимодействий в формировании реактивности. Условия обитания и реактивность. Роль биологических ритмов в формировании реактивности.

Учение о конституции организма. Конституция как форма групповой реактивности. Конституциональные типы: их классификации, различия и механизмы формирования. Конституция, генотип и фенотип. Значение конституции в патологии. Конституционализм, достижения конституционализма, вклад конституционализма в современную синтетическую концепцию общей этиологии.

Повреждение клетки: обратимое (паранекроз), необратимое (некробиоз), насильственная клеточная смерть (некроз). Общие закономерности развития повреждения клетки. Апоптоз, его роль в норме и при патологических процессах.

Роль свободно-радикальных процессов в защите, повреждении и гибели клетки. Механизмы свободно-радикального некробиоза. Примеры защитного и повреждающего действия активных радикалов. Антиоксидантные механизмы клеток. Свободно-радикальная теория старения.

Роль гипоксии в процессе повреждения и гибели клетки. Внутриклеточные изменения при гипоксии на начальных и глубоких стадиях. Механизмы и обратимость гипоксического некробиоза.

Значение наследственности в патологии. Методы изучения наследственности человека (цитогенетический, близнецовый, популяционный, генеалогический, биохимический). Понятие об антенатальной диагностике и экспресс-диагностике наследственных болезней.

Болезни наследственные и врожденные. Генокопии, фенокопии, моно- и полигенные наследственные болезни. Аддитивно-полигенное наследование с пороговым эффектом как основа наследственной предрасположенности к болезням.

Основные типы наследования дефектов генетического аппарата. Наследственные болезни, сцепленные с полом. Половой хроматин, значение его определения при патологии. Основы медико-генетического консультирования. Задачи медицинской генетики.

Общая этиология наследственных болезней. Мутации. Их виды, значение в патологии, последствия. Мутагены. Механизм их действия. Антимутационные защитные механизмы клеток и организма.

Повреждение клетки. Повреждение поверхностного аппарата клетки. Типовые последствия альтерации плазматической мембраны, механизмы набухания клеток. Активация арахидонового медиаторного каскада, ее роль при патологии. Повреждение цитоскелета.

Повреждение лизосом и пероксисом. Роль при патологических процессах. Повреждение митохондрий. Роль при патологии. Митохондриальные болезни. Патологические изменения при обратимых и необратимых стадиях повреждения клеток.

Информационные аспекты повреждения клетки. Нарушение рецепции. Примеры. Роль аутоантител в повреждении рецепторных свойств клетки на примере заболеваний эндокринной системы.

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.6 «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1. Геополитическое влияние России в мире определяется:
 - а) ходом её экономического развития;
 - б) реформой армии для повышения её обороноспособности;
 - в) стиранием грани между внутренней и внешней экономикой.

2. Какая мера борьбы с терроризмом является для России наиболее приемлемой?
 - а) объединение усилий всего международного сообщества;
 - б) повышение эффективности имеющихся форм и методов борьбы с этой угрозой;
 - в) принятие безотлагательных мер по её нейтрализации.

3. К какой сфере национальной безопасности относятся попытки противодействия укреплению России как одного из центров влияния в многополярном мире?
 - а) международной сфере;
 - б) информационной сфере;

12. Что составляет ядро и основу военной безопасности?
- а) ВС РФ;
 - б) другие войска, военные формирования и организации;
 - в) военно-промышленный и научный комплексы;
 - г) высшие учебные заведения федерального значения.
13. Какое направление развития военной организации (военной реформы) является наиболее трудоёмким и непопулярным?
- а) создание единой системы управления военной организацией и обеспечение её эффективного функционирования;
 - б) развитие и совершенствование сил, обеспечивающих стратегическое сдерживание;
 - в) приведение структуры, состава и численности компонентов военной организации в соответствие с задачами обеспечения военной безопасности с учётом экономических возможностей страны;
 - г) совершенствование системы комплектования ВС на базе контрактно-призывного принципа;
 - д) повышение эффективности функционирования систем подготовки кадров.
14. Национальные интересы страны в военной сфере заключаются в:
- а) создании политических, правовых, организационных и других условий для обеспечения надёжной охраны государственной границы;
 - б) сохранении и укреплении нравственных ценностей общества, традиций патриотизма;
 - в) защите её независимости, суверенитета, государственной и территориальной целостности.
15. Угрозы национальной безопасности и интересам РФ в пограничной сфере обусловлены:
- а) опасностью ослабления политического, экономического и военного влияния России в мире;
 - б) экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию;
 - в) укреплении военно-политических блоков и союзов, прежде всего расширением НАТО на восток;
 - г) возможностью появления в непосредственной близости от российских границ иностранных военных баз и крупных воинских контингентов.
16. Одним из основных принципов строительства и подготовки военной организации государства является:
- а) единство обучения и воспитания;
 - б) совершенствование стратегического планирования на принципе единства применения ВС РФ и ВС РФ и других войск;
 - в) развитие международного военно-политического и военно-технического сотрудничества;
 - г) укрепление организованности, правопорядка и воинской дисциплины.
17. Изменение военно-политической стабильности в мире может привести, в первую очередь, к:
- а) новому витку гонки вооружения;
 - б) корректировке военного планирования;
 - в) изменению военной доктрины;
 - г) увеличению военно-экономического потенциала страны.
18. Какой фактор неопределённости может существенно изменить мировую и региональную стабильность?
- а) снижение роли СБ ООН;

- б) возможность возвращения ЯО свойств реального военного инструмента;
 - в) возможность усиления процессов распространения ОМП, включая ядерные технологии и средства доставки;
 - г) перспективы и направленность развития ШОС;
 - д) возможные направления развития процесса расширения НАТО.
19. Значительную роль в исходе вооружённого конфликта играют:
- а) развёрнутые группировки сил и средств;
 - б) наличие боевого резерва и его отмотилизование;
 - в) наличие сбалансированного состава сил и средств ВС.
20. К факторам неопределённости, влияющим на развитие военно-политической и военно-стратегической обстановки в мире относятся:
- а) возможность достижения военно-политических целей непрямыми, неконтактными действиями;
 - б) перспективы и направленность развития ШОС;
 - в) нейтрализация внешних угроз, а также участие в нейтрализации внутренних и трансграничных угроз.
21. Современные войны характеризуются:
- а) наличием ядерного оружия и возможностью его использования;
 - б) завоеванием информационного пространства;
 - в) созданием высокоэффективной обороноспособности страны.
22. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия (БО) являются:
- а) аэрозольный;
 - б) трансмиссивный,
 - в) диверсионный.
23. По способности развития эпидемического процесса биологические средства разделяют на:
- а) стойкие;
 - б) нестойкие;
 - в) медленнодействующие;
 - г) условно контагиозные.
24. К какой группе отравляющих веществ (ОВ) можно отнести адамсит?
- а) быстродействующие ОВ;
 - б) медленнодействующие ОВ.
25. При одновременном воздействии на человека различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают:
- а) сочетанные поражения;
 - б) проникающие поражения;
 - в) комбинированные поражения.
26. Синдром взаимного отягощения возникает при:
- а) комбинированных поражениях;
 - б) сочетанных поражениях;
 - в) множественных поражениях;
 - г) изолированных поражениях.
27. При взрывах ядерных боеприпасов малой мощности преобладают:
- а) радиационные поражения;
 - б) травматические повреждения;
 - в) ожоги.

28. Организация медицинского обеспечения в очаге ядерного поражения не зависит от:
- а) массовых санитарных потерь;
 - б) выхода из строя медицинских подразделений;
 - в) радиоактивного заражения местности;
 - г) использования профилактических антидотов.
29. В каком законе даётся формулировка понятия «военное положение»?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
30. Какой закон определяет, что в случае агрессии против Российской Федерации Президент РФ вводит на территории РФ военное положение?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
31. Какой нормативно-правовой документ определяет основы и организацию обороны Российской Федерации?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
32. Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации не являются:
- а) централизованное руководство;
 - б) заблаговременность, плановость и контроль;
 - в) своевременность и преемственность;
 - г) комплексность и взаимосогласованность.
33. Особый правовой режим деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, организаций определяется нормативно-правовым законом:
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
34. На основании какого нормативно-правового документа Правительство РФ организует бронирование граждан пребывающих в запасе (ГПЗ) и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
35. В каком документе определена концепция национальной безопасности?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;
36. В каком нормативно-правовом документе излагаются официальные взгляды, определяющие основы обеспечения военной безопасности РФ?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - д) Постановление Правительства РФ.
 - г) Указ Президента РФ;

37. Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?
- органы управления специальными формированиями;
 - тыловые госпитали здравоохранения;
 - обсервационные пункты.
38. Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?
- органы управления специальными формированиями;
 - тыловые госпитали здравоохранения;
 - обсервационные пункты.
39. В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:
- тыловые госпитали;
 - госпитальные базы;
 - больничные базы;
 - эвакуационные приемники;
 - обсервационные пункты
40. Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:
- в военное время;
 - в мирное время;
 - в период, предшествующий военному положению.
41. Органы управления специальными формированиями расформируются:
- после окончания боевых действий;
 - после объявления об окончании войны;
 - после завершения работы тыловых госпиталей и обсервационных пунктов;
 - после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.
42. Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:
- Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
 - органы управления здравоохранения субъектов РФ;
 - Генеральный штаб ВС РФ
43. Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:
- военно-медицинским управлением фронта;
 - органами управления здравоохранения;
 - медицинской службой военного округа;
 - главным военно-медицинским управлением МО;
 - службой военных сообщений;
 - министерством по чрезвычайным ситуациям;
 - местными органами власти.
44. Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?
- отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
 - развёртывание прирельсовых эвакуационных пунктов;
 - погрузка раненых и больных в транспортные средства.
45. Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:
- которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
 - нуждающиеся в длительном лечении;
 - для оказания специализированной медицинской помощи.

46. Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:
- а) по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
 - б) по линии Министерства обороны;
 - в) по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.
47. Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляется:
- а) органами Министерства обороны;
 - б) органами Министерства здравоохранения и социального развития;
 - в) органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.
48. Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:
- а) заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах военных действий;
 - б) готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
 - в) развёртыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.
49. При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:
- а) их рассредоточенность;
 - б) наличие жилого фонда;
 - в) время доставки раненых и больных ;
 - г) обеспечение электроэнергией, водой, топливом;
 - д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.
50. На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное (увеличение объёма работы) влияние:
- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
 - б) массовость санитарных потерь;
 - в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
 - г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
 - д) ухудшение экологической обстановки.
51. Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:
- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
 - б) Министерство обороны;
 - в) местные органы здравоохранения.
52. Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:
- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск
военного округа;
 - б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;
 - в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.
53. Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?
- а) базовый;
 - б) нейрохирургический;
 - в) терапевтический;
 - г) травматологический;
 - д) туберкулёзный.

и ввод в район (к району) катастроф, анализ оперативной информации, пополнение запасов

медицинского имущества и средств защиты;

2) проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление

планов;

3) все виды помощи;

4) создание систем связи управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов

Российской службы медицины катастроф;

5) проведение неотложных мероприятий.

62. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф:

1) неотложный и экстренный режим;

2) режим повседневной деятельности, режим повышенной готовности, режим чрезвычайной ситуации;

3) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации

медицинских последствий ЧС;

4) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС, режим

повышенной готовности,

5) режимы отсутствуют.

63. Силы Российской службы медицины катастроф представлены:

1) медицинскими учреждениями;

2) врачами-хирургами;

3) органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям;

4) бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, бригадами

специализированной медицинской помощи, подвижными госпиталями (различного профиля), медицинскими отрядами;

5) многопрофильными научно-практическими территориальными центрами "медицины

катастроф", лечебно-профилактическими учреждениями.

64. Основные формирования Российской службы медицины катастроф:

1) стационарные и поликлинические учреждения;

2) бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригада экстренной специализированной медицинской помощи; специализированные медицинские бригады

постоянной готовности, оперативные и специализированные противозидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали;

3) головная и профильные больницы;

4) лечебно-сестринские бригады; бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, медицинские учреждения;

5) медицинский отряд, центральная районная больница; центр экстренной медицинской помощи, территориальные бригады лечебной доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.

65. Основной целью прогнозирования возможной обстановки при катастрофах является:
- 1) определение санитарных потерь, необходимых сил и средств;
 - 2) описание места происшествия;
 - 3) расчет температуры и влажности;
 - 4) определение гибели населения;
 - 5) получение экономических затрат.
66. Последовательность работы по принятию решений начальников службы медицины катастроф в ЧС:
- 1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;
 - 2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;
 - 3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;
 - 4) принять решение и довести его до исполнителей;
 - 5) планирование действий и строгое их выполнение.
67. Организация медицинских мероприятий и накопление запасов имущества базируется на:
- 1) данных прогноза возможных последствий катастроф;
 - 2) сведениях о наличии сил и средств здравоохранения;
 - 3) распространении поражающих факторов;
 - 4) разумной достаточности;
 - 5) методических рекомендациях.
68. Комплектование имущества проводится за счет:
- 1) лечебного учреждения;
 - 2) Материально-технического обеспечения учреждения;
 - 3) неснижаемого запаса;
 - 4) анализа оперативной информации;
 - 5) текущего обеспечения лечебного учреждения и специальных ассигнований на Российскую службу медицины катастроф.
69. Основные задачи службы медицины катастроф:
- 1) организация медико-санитарного противозидемического обеспечения населения;
 - 2) сохранение здоровья населения;
 - 3) лечебная и гигиеническая;
 - 4) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований;
 - 5) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.
70. Силы территориальной службы медицины катастроф:
- 1) бригады специализированной медицинской помощи;
 - 2) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;
 - 3) медицинские отряды;
 - 4) врачебно-сестринские бригады;
 - 5) бригады доврачебной помощи.
71. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:
- 1) федеральном;
 - 2) региональном;

- 3) территориальном;
- 4) местном.

72. В состав врачебно-сестринской бригады по штату входят:

- 1) врач, 2 медицинские сестры;
- 2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;
- 3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;
- 4) врач и медицинская сестра;
- 5) 2 фельдшера.

73. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:

- 1) любая, которую можно использовать;
- 2) первая медицинская
- 3) первая врачебная и квалифицированная;
- 4) первая медицинская и доврачебная;
- 5) госпитализация в лечебное учреждение.

74. Этап медицинской эвакуации определяется как:

- 1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;
- 2) система организации оказания помощи;
- 3) догоспитальный, госпитальный,
- 4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,
- 5) особый вид помощи.

75. Медицинской сортировкой называется:

- 1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;
- 2) разделение потока пострадавших;
- 3) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;
- 4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;
- 5) разделение потока на "ходячих" и "носилочных".

76. Основное назначение медицинской сортировки заключается:

- 1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;
- 2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;
- 3) в определении очередности оказания медицинской помощи;
- 4) в регулировании движения автотранспорта;
- 5) определяет лечебное учреждение.

77. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:

- 1) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;
- 2) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;
- 3) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время,

- 4) определить сроки, объем помощи;
- 5) установить время госпитализации.

78. Основное место хранения медицинского имущества нештатных формирований службы медицины катастроф:

- 1) сами формирования;
- 2) учреждения формирователи;
- 3) склады ГО;
- 4) аптеки лечебных учреждений;
- 5) склады "Медтехника" и "Росфармация".

79. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:

- 1) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;
- 2) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
- 3) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.

80. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны

чрезвычайной ситуации:

- 1) организация эпидемиологического наблюдения;
- 2) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания;
- 3) проведение экстренной и специфической профилактики;
- 4) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
- 5) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
- 6) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
- 7) контроль за проведением санитарной обработки населения.

81 Общая экстренная профилактика в эпидемиологических очагах проводится :

- 1) до установления возбудителя;
- 2) после установления вида организма;
- 3) установления клинического диагноза у инфекционных больных.

82. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- 1) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
- 2) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- 3) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
- 4) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
- 5) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.

83. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):

- 1) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
- 2) подготовка формирований в зоне ЧС;
- 3) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;
- 4) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
- 5) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

84. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- 1) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- 2) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- 3) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- 4) проведение дезактивационных мероприятий.

85. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия:

- 1) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных;
- 2) массивное микробное загрязнение местности;
- 3) немедленное появление большого числа инфекционных больных;
- 4) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.

86. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают:

- 1) дегазация и дезактивация территории;
- 2) санитарную оценку района размещения;
- 3) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;
- 4) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.

87. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает :

- 1) надзор за размещением в ЧС спасателей;
- 2) надзор за состоянием здоровья населения;
- 3) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- 4) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

88. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением в зоне ЧС предусматривает:

- 1) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- 2) распределение питьевых запасов;
- 3) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;
- 4) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

89. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- 1) биологическую;
- 2) медицинскую;
- 3) радиационную;
- 4) сан.эпидемическую;
- 5) химическую.

90. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- 1) в зоне бедствия;
- 2) в эпидемических очагах;
- 3) на путях эвакуации;
- 4) в местах размещения эвакуируемых.

91. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- 1) чума (легочная форма);
- 2) брюшной тиф;
- 3) холера;
- 4) сибирская язва;
- 5) бруцеллез;

- б) мелиоидоз;
- б) гемморрагическая лихорадка.

92. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- 1) контроль за организацией питания, водоснабжения;
- 2) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов;
- 3) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых;
- 4) контроль за проведением санитарной обработки населения.

93. Очередность экстренной профилактики инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайной ситуации:

- 1) формирования, участвующие в ликвидации вспышек инфекционных заболеваний;
- 2) в учреждениях, на предприятиях в очаге и продолжающих свою работу;
- 3) детские коллективы;
- 4) остальные категории населения.

94. Основными способами защиты населения являются:

- 1) оказание медицинской помощи;
- 2) вывод из очага катастрофы;
- 3) укрытие в защитных сооружениях;
- 4) прием медикаментов и эвакуация;
- 5) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

95. Частичная санитарная обработка проводится:

- 1) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия;
- 2) эффективно специальными препаратами;
- 3) кожи, глаз, зева;
- 4) с помощью подручных средств;
- 5) хлорной известью.

96. Основные мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения на территории следа радиоактивного облака:

- 1) защита от внешнего гамма-облучения и радиоактивных веществ, дозиметрический контроль
- 2) укрытие в убежищах, полная санитарная обработка по выходе из них;
- 3) защита от внутреннего и внешнего облучения;
- 4) нахождение в зданиях;
- 5) укрытие в противорадиационных укрытиях.

97. Основные организационные мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий аварий на ядерном реакторе:

- 1) обеспечение средствами индивидуальной защиты, организация оказания первой медицинской помощи в очаге, эвакуация персонала и населения, организация лечения больных в ОЛБ;
- 2) проведение радиационной профилактики, ограничение поступления радионуклидов с пищей и водой, дезактивация (по показаниям), дозиметрический контроль, контроль за состоянием внешней среды, индивидуальная и коллективная защита персонала и населения, оказание медицинской помощи;
- 3) эвакуация персонала и населения, радиологический контроль, лечение пораженных, дезактивация;
- 4) дезактивация территории;

5) радиационная разведка.

98. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты населения в ЧС:

- 1) ватно-марлевая повязка, изолирующий противогаз;
- 2) аптечка индивидуальная АИ-2, индивидуальный и противохимический пакеты ИПП-8, ИПП-10,
- 3) противогаз ГП-5, ГП-7, противохимический пакет ИПП-8, фильтрующая одежда;
- 4) противорадиационное укрытие, убежища, противогаз ГП-5;
- 5) средства защиты органов дыхания, средства защиты кожи.

99. Коллективные средства защиты включают:

- 1) больницы, станции переливания крови;
- 2) формирования ГО;
- 3) противогазы;
- 4) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);
- 5) центры медицины катастроф.

100. Запас противогазов, йодистого калия больницей создается:

- 1) столько, сколько потребует МС ГО;
- 2) на весь персонал + 10% от численности коек;
- 3) выдается лишь при ЧС;
- 4) снабжается пораженное население;
- 5) снабжается работающая смена медицинского персонала.

**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.18«Неонатология»**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра Неонатологии и неонатальной реаниматологии ФП и ДПО

Специальность **31.08.18«Неонатология»**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Особенности респираторной адаптации недоношенных детей в родильном доме. НСРАР в родильном зале
2. Определить показания, организовать и провести гемотрансфузию у пациентов с кровопотерей и ГБН, включая операцию обменного переливания крови
3. Ситуационная задача. Ребенок П. в возрасте 6 суток поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, две предыдущие беременности закончились медицинским абортom, настоящая беременность желанная. На учете состояла с 9 недель. На 31 неделе у женщины обнаружен генитальный герпес, пролечена. Роды срочные в 38 недель. Околоплодные воды мутные, зеленые. Масса 3200 г, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. В раннем неонатальном периоде состояние средней степени тяжести, за счет синдрома возбуждения ЦНС, ребенок беспокоится на осмотре, крик болезненный, наблюдается спонтанный рефлекс Моро, гиперестезия. По внутренним органам без патологии. На 5 сутки у ребенка на лице, туловище появились сгруппированные полусферической формы напряженные пузырьки размером 1,5-2 мм на эритематозном отечном фоне. Неврологический статус прежний, по внутренним органам без особенностей. Переведен в отделение патологии новорожденных для обследования и лечения.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение, тактика неонатолога.
3. Профилактика.
4. Исход данной патологии.
5. Какие могут наблюдаться осложнения при заражении плода данным вирусом (ВЛАДЕТЬ)

Зав. кафедрой _____ подпись _____ расшифровка

« ____ » _____ 20 __ г.

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д/ ФОС_п/ ФОС_{гИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА}на

_____ учебный год по

дисциплине _____ /

практике _____ /

государственной итоговой аттестации

по специальности _____

В комплект ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} обсуждены на заседании кафедры _____

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_д / ФОС_п) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{гИА}) _____ / _____ /