

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

Неонатология



рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за	Педиатрии		
Учебный план	о310801_24_12 анг.plx Специальность 31.08.01-РФ 002-КР Акушерство и гинекология		
Квалификация	ВРАЧ-АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ		
Форма обучения	очная		
Общая трудоемкость	3 ЗЕТ		
Часов по учебному плану	108		Виды контр
в том числе:			за
аудиторные занятия	46		
самостоятельная работа	61,7		

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	3 (2.1)		Итого	
Неделя	18			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	8	8	8	8
Практические	38	38	38	38
Контактная работа в период теоретического	0,3	0,3	0,3	0,3
Итого ауд.	46	46	46	46
Контактная работа	46,3	46,3	46,3	46,3
Сам. работа	61,7	61,7	61,7	61,7
Итого	108	108	108	108

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Формирование знаний, умений и практических навыков, необходимых для ранней диагностики заболеваний у новорожденных детей, проведения комплекса лечебных и профилактических мероприятий, диагностики неотложных состояний на до- и госпитальном этапах оказания медицинской помощи.
1.2	Задачами освоения дисциплины являются: совершенствование знаний по этиологии, патогенезу, диагностике, клиническим проявлениям основных заболеваний у новорожденных; формирование умений и навыков прогнозирования развития осложнений и неотложных состояний при заболеваниях у новорожденных; подготовка врачей в свете современных особенностей течения заболеваний в периоде новорожденности; формирование умений и навыков оказания помощи больным новорожденным детям, в том числе недоношенным с ЭНМТ; овладение методами профилактики и реабилитации в неонатальном периоде

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Акушерство	
2.1.2	Гинекология	
2.1.3	Гинекологическая эндокринология	
2.1.4	Неонатология	
2.1.5	Педиатрия	
2.1.6		
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Производственная (клиническая) практика: Стационарная	
2.2.2	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 1	
2.2.3	Производственная (клиническая) практика: Выездная (поликлиника) 2	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

Знать:

Уровень 1	Общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем новорожденного; патофизиологию функциональных систем и органов, патогенез неонатальных заболеваний.
Уровень 2	Основы патологии при заболеваниях новорожденных; основные симптомы и синдромы неонатальных заболеваний. Причины, механизмы развития заболеваний в неонатальном периоде.
Уровень 3	Клинические проявления всех заболеваний в периоде новорожденности, методы обследования, позволяющие их диагностировать или исключить, алгоритм использования методов обследования.

Уметь:

Уровень 1	Получать информацию о заболевании; определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, гормональных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты.
Уровень 2	Организовать выполнение необходимых обследований и уметь интерпретировать их результаты, обобщать и правильно оценивать результаты обследования. На основании полученных диагностических данных поставить предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения новорожденных из этого состояния, проводить дифференциальный диагноз.

Владеть:

Уровень 1	Квалифицированным сбором анамнеза, методами физикального обследования новорожденных.
Уровень 2	Навыками оценки тяжести состояния новорожденного, оказания необходимой срочной помощи, провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, определить показания для госпитализации и организовать ее.
Уровень 3	Навыками определения объема и последовательности применения методов обследования и лечебных мероприятий больным новорожденным; оценки полученных результатов инструментальных и лабораторных методов обследования.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	структуру перинатальной и неонатальной службы, принципы устройства, организацию обслуживания новорожденных на разных этапах выхаживания; этиологию и факторы риска возникновения основных заболеваний у новорожденных детей;
3.1.2	клинику, диагностику, лечение и профилактику основных заболеваний в периоде новорожденности;
3.1.3	алгоритм оказания неотложной помощи при основных заболеваниях у новорожденных детей.
3.2	Уметь:
3.2.1	собрать акушерский анамнез, выявить факторы риска;
3.2.2	провести объективное исследование новорожденного ребенка;
3.2.3	распознавать основные клинические синдромы и обосновать назначение дополнительных методов обследования при заболеваниях у новорожденных детей;
3.2.4	оказать неотложную помощь при заболеваниях в периоде новорожденности.
3.3	Владеть:
3.3.1	методикой объективного обследования новорожденных детей;
3.3.2	навыками постановки и обоснования клинического диагноза;
3.3.3	навыками оказания неотложной помощи и ведения новорожденных с различной патологией.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Доношенные и недоношенные дети. Угрожаемые состояния плода.						
1.1	Организация обслуживания новорожденных в родильном доме и на II этапе выхаживания. ИБДОР. Доношенные дети. Пограничные состояния /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.2	Организация обслуживания новорожденных в родильном доме и на II этапе выхаживания. Оценка кормления грудью, выявление проблем. Консультирование матери с применением всех навыков консультирования /Ср/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Просмотр фильма «Осмотр новорожденного ребенка»
1.3	Недоношенные дети. Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей. ЗВУР. Принципы ухода. Вскармливание больных новорожденных, детей с низкой массой тела при рождении. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.4	Недоношенные дети. Понятие о морфофункциональной зрелости. Оценка по шкале Баллард. Освоение принципов выхаживания недоношенных детей двухэтапным методом с учетом особенностей вскармливания. /Ср/	3	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.5	Угрожаемые состояния плода. Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Первичная реанимация. /Лек/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

1.6	Угрожаемые состояния плода. Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Первичная реанимация в роддоме (ABCD-реанимация) /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.4 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.7	Освоение этапов первичной реанимации новорожденных. /Ср/	3	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Работа в ЦИПО на фонтамах
1.8	Особенности гемостаза у новорожденных детей. Геморрагическая болезнь новорожденных. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.9	Геморрагическая болезнь новорожденных. Клиника. Проба Апта. Диагностика. Лечение. Профилактика. /Ср/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
1.10	Родовые травмы. Кровоизлияния в головной мозг и спинальные родовые травмы. Этиопатогенез, клинические проявления, лечение. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Просмотр презентации «Родовые травмы»
1.11	Родовые травмы. Кровоизлияния в головной мозг и спинальные родовые травмы. Этиопатогенез, клинические проявления, лечение. /Ср/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
	Раздел 2. Заболевания периода новорожденности						
2.1	Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиопатогенез, клиника, лечение. /Лек/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.2	Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, классификация, клинические проявления. Оперативные и консервативные методы лечения. Диф. диагноз желтух /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.3	Овладение навыками проведения операции заменного переливания компонентов крови. /Ср/	3	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Работа в ЦИПО на фонтамах

2.4	Внутриутробная инфекция. Этиопатогенез, клиника, лечение. /Лек/	3	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.5	Внутриутробная инфекция. Течение внутриутробных инфекций вирусной и бактериальной этиологии. Диагностические критерии. Принципы лечения и профилактики ВУИ. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.6	Внутриутробная инфекция. Течение внутриутробных инфекций вирусной и бактериальной этиологии. Диагностические критерии Принципы лечения и профилактики ВУИ /Ср/	3	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.7	Аntenатальная патология. Эмбриофетопатии новорожденных /Пр/	3	4		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.8	Аntenатальная патология. Эмбриофетопатии новорожденных /Ср/	3	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Просмотр фильма «Внутриутробное развитие плода»
2.9	Пневмопатии и пневмонии. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Этиопатогенез, клинические проявления, лечение /Пр/	3	4		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	Использование наглядных пособий, демонстрационных плакатов.
2.10	Пневмопатии и пневмонии. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Методы респираторной поддержки. /Ср/	3	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.11	Сепсис новорожденных. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение. /Лек/	3	2		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.12	Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, рациональный выбор антибиотикотерапии. Локальные гнойно-септические заболевания. /Пр/	3	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

2.13	Сепсис новорожденных. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение, рациональный выбор антибиотикотерапии. Локальные гнойно-септические заболевания. Этиология. Клиника. Лечение. /Ср/	3	3	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	
2.14	/ЗачётСОц/	3	0	ПК-5	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л3.1 Л3.2 Э1 Э2 Э3 Э4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1 Примерный перечень теоретических вопросов:

1. Основные принципы организации здравоохранения и организация перинатальной и неонатальной службы в России и КР.
2. Неонатальная терминология. Перинатальная заболеваемость и смертность. Структура. ВОЗовские критерии живорожденности.
3. Критерии доношенности, недоношенности и переносимости. Понятие о морфологической и функциональной зрелости.
4. Доношенный ребенок. Критерии доношенности и зрелости. Понятие о морфологической и функциональной зрелости.
5. Переносимый ребенок. Причины. Признаки переносимости. Принципы выхаживания.
6. ВОЗовские рекомендации по грудному вскармливанию. Больницы «доброжелательного отношения к ребенку». 11 принципов грудного вскармливания.
7. Недоношенные дети. Критерии недоношенности. Причины невынашивания.
8. Недоношенные дети с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Причины. Особенности выхаживания и вскармливания. Реабилитация.
9. АФО недоношенного ребенка. Особенности выхаживания и вскармливания недоношенных. Профилактика невынашивания.
10. Период адаптации новорожденных к внеутробной жизни. Физиологические (пограничные) состояния новорожденных. Клинические проявления. Мероприятия по профилактике и коррекции.
11. Синдром «только что родившегося ребенка». Кровообращение плода. Переход к внеутробному кровообращению.
12. Особенности физиологических (пограничных) состояний у недоношенных детей. Клинические проявления. Мероприятия по профилактике и коррекции.
13. Периоды внутриутробного развития плода. Антенатальная патология плода и новорожденного. Особенности клинических проявлений.
14. Понятие об эмбрио- и фетопатиях. Особенности клинических проявлений. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Течение и исходы. Принципы лечения.
15. Угрожаемые состояния плода. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Критерии живорожденности. Основные критерии перинатальной асфиксии по ААР.
16. Причины острой и хронической гипоксии плода. Патогенез. Клиника внутриутробной гипоксии плода. Лечение. Профилактика.
17. Асфиксия новорожденного. Этиология, патогенез. Классификация. Основные критерии оценки степени тяжести.
18. Клинические проявления асфиксии новорожденного. Оценка состояния по шкале Апгар. Степени асфиксии.
19. ABCD–реанимация новорожденного (ВОЗовские рекомендации). Лечение в восстановительном периоде. Профилактика.
20. Состояния при которых не следует проводить реанимацию новорожденных.
21. Понятие родовой травмы. Классификация. Причины. Патогенез.
22. Внутрочерепные кровоизлияния (неонатальный инсульт). Классификация. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Дополнительные методы исследования. Реанимационная и интенсивная терапия в первые дни жизни. Лечение в восстановительном периоде. Профилактика.
23. Спинальные родовые травмы. Причина. Особенности клинической картины в зависимости от локализации и вида повреждения (парезы и параличи Дюшенна-Эрба, паралич Дежерин-Клюмпке, паралич Керера, нижние вялые параличи). Лечение. Профилактика.
24. Спинальные родовые травмы. Клиника частичного и полного разрыва спинного мозга. Лечение. Профилактика.
25. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР). Определение. Причины. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз внутриутробной гипотрофии и недоношенности. Лечение. Особенности вскармливания. Профилактика.
26. Билирубиновый обмен в норме и патологии. Классификация желтух. Дифференциальная диагностика.
27. Неонатальные желтухи. Этиопатогенез и клинические особенности гемолитических, конъюгационных, паренхиматозных и обструктивных желтух.
28. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез.
29. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клинические формы и проявления болезни.
30. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника ядерной желтухи.
31. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика. Картина крови. Лечение. Показания к заменному переливанию компонентов крови. Профилактика.

32. Дифференциальная диагностика и прогноз неонатальных желтух гемолитического, конъюгационного, паренхиматозного и обструктивного генеза. Билирубиновая энцефалопатия. Тактика наблюдения и лечения. Критерии опасной желтухи новорожденного. Оценка риска развития опасной желтухи (шкала Bhutani). Методы лечения. Прогноз. Реабилитация.

33. Пневмопатии у новорожденных детей. Понятие о синдроме дыхательных расстройств. Причины. Патогенез.

34. Оценка дыхательных нарушений по шкале Даунса и Сильвермана. Степени тяжести.

35. Клинические формы синдрома дыхательных расстройств. Диагноз. Лечение. Профилактика.

36. Неонатальные пневмонии. Причины. Понятие о внутриутробной и поздней пневмонии. Клинические проявления. Диагноз. Лечение.

37. Внутриутробные инфекции (ВУИ). Структура ВУИ. Этиология ВУИ на современном этапе. Факторы риска развития заболевания. Патогенез. Классификация. Кардинальные клинические симптомы ВУИ.

38. ВУИ вирусной этиологии. Цитомегаловирусная инфекция. Герпетическая инфекция. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.

39. ВУИ вирусной этиологии. Краснуха. ВИЧ-инфекция. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.

40. ВУИ бактериальной этиологии. Токсоплазмоз. Листериоз. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Бактериологические и серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.

41. ВУИ бактериальной этиологии. Микоплазмоз. Хламидиоз. Сифилис. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Бактериологические и серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.

42. Сепсис у новорожденных детей. Эпидемиология. Этиология на современном этапе. Патогенез. Классификация.

43. Сепсис у новорожденных детей. Клиника. Диагноз. Картина крови. Роль бактериологического и иммунологического методов исследования крови в диагностике сепсиса.

44. Сепсис у новорожденных детей. Принципы лечения. Правила назначения антибактериальной терапии. Санация первичного и метастатических гнойных очагов. Прогноз. Профилактика.

45. Особенности течения сепсиса у недоношенных детей. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.

46. Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных. Этиологические факторы. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.

47. Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Заболевания пупочного канатика и пупочной ранки у новорожденных. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

48. Схема гемостаза. Классификация и дифференциальная диагностика геморрагических неонатальных заболеваний.

49. Геморрагическая болезнь новорожденных детей. Причины. Патогенез. Клинические формы.

50. Геморрагическая болезнь новорожденных детей. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕРКИ УРОВНЯ ОБУЧЕННОСТИ УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ Примерный перечень ситуационных задач в ПРИЛОЖЕНИИ 2

Курация больного и написание истории болезни из пункта 5.3

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовой работы

5.3. Фонд оценочных средств

УСТНЫЙ ОПРОС (текущий контроль). Примерный перечень теоретических вопросов в пункте 5.1

РЕШЕНИЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ (рубежный контроль). Примерный перечень тестовых заданий в ПРИЛОЖЕНИИ 1

Примеры тестовых заданий:

ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ:

1. галактоземию
2. синдром Дауна
3. синдром Нунан
4. врожденную тирозинемию

ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА:

1. IgA
2. IgM
3. IgE
4. IgG

ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:

1. врожденном везикулопустулезе
2. пузырьчатке новорожденного
3. неонатальном пустулярном меланозе
4. врожденном буллезном эпидермолизе

К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ:

1. везикулопустулез
2. токсическая эритема
3. буллезный эпидермолиз
4. неонатальный пустулярный меланоз

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

1. муковисцидоза
2. врожденного порока сердца
3. атрезии пищевода
4. тиреотоксикоза

СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:

1. Сильвермана
2. Даунса

3.Балларда

4.Дементьевой

5.АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

1.дефект межжелудочковой перегородки

2.соединение аорты и легочной артерии

3.дефект в межпредсердной перегородке

4.полную форму атриовентрикулярной коммуникации ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1.инфекционные заболевания матери

2.хромосомные аномалии развития плода

3.внутриутробная гипоксия

4.гемолитическая болезнь новорожденного ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1.метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях

2.продленный вдох

3.ИВЛ мешком Амбу

4.подача кислорода через головной колпак ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1.инфузионная терапия

2.фототерапия

3.фенобарбитал

4.гепатопротектор ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРПИИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1.ампициллин

2.азитромицин

3.амфотерицин

4.ацикловир ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ:

1.коровье молоко

2.кукуруза

3.консервированные продукты

4.овощи ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО:

1.1 года из 1000 живорожденных

2.2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми

3.2 лет из 1000 живорожденных

4.1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми ДАЛЬНЕЙШЕЕ СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ КАЧЕСТВА РАБОТЫ:

1.родильного дома

2.женской консультации

3.отделения патологии новорожденных

4.отделения реанимации ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ:

1.перевести новорожденных в обсервационное отделение и назначить лечение

2.оставить новорожденных на месте, назначив лечение

3.перевести новорожденных в отделение патологии новорожденных после проведенного лечения 4) немедленно перевести новорожденных в соответствующий стационар РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ (промежуточный контроль).

Примерный перечень заданий:

ЗАДАЧА Девочка М., переведена в детскую больницу в возрасте 9 дней из роддома. Анамнез: матери 28 лет, 1-я беременность 7 лет назад закончилась мед. аборт, 2-я беременность – настоящая. Роды 1, на 39-й неделе, многоводие, воды светлые. Девочка родилась в тяжелом состоянии, крик очень слабый, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Масса тела 3150, длина 50 см, Кожа бледно-желтая, отечность конечностей, туловища. Известно, что мать имеет B(III) Rh(-) группу крови, отец - A(II) Rh(+). Во время беременности у матери за месяц до родов определен высокий титр антирезусных антител. При рождении общий билирубин у ребенка 185 мкмоль/л, гемоглобин 40 г/л. На 20 минуте жизни проведено лечебное мероприятие. За первые четверо суток жизни было в общей сложности проведено 2 таких лечебных мероприятия. С 5 дня жизни желтуха начала уменьшаться, отеки уменьшились к пятому дню жизни. Данные объективного осмотра при поступлении: температура тела 36.5-36.8 градусов, ЧД 32 в мин, ЧСС 124 в мин, масса 2800, окружность головы 33см, груди 31 см. Состояние тяжелое, крик тихий, имеется лануго на плечах и ушных раковинах, пупочное кольцо расположено низко. Кожа иктеричная, сухая, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз стоп, ладоней, пупочная ранка с серозным отделяемым, имеется отечность нижней части туловища и конечностей. БР 1х1 см, в легких хрипов нет, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, систолический шум во 2-м межреберье. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +1,5 см. Стул желтый, моча светлая. Снижена двигательная активность, рефлексы новорожденных снижены, непостоянный симптом Грефе, слева опущение угла рта и сглаженность носогубной складки. Данные обследования: общий анализ крови: Нб 116 г/л, эр. 4,1х10¹²/л, ЦП-0,85, тромб.- 143,5 тыс., лейкоц.-8,3 х 10⁹/л, миел.-2, метамиел.-1, п.я.-2, с.я. - 40, э.-1, л.-46, м.- 8, СОЭ-4 мм/час. Биохимия крови: белок 60 г/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, билирубин прямой- нет, непрямо - 250 ммоль/л.

Вопросы:

1.Ваш диагноз.

2.Какая группа крови и Rh фактор вероятнее всего у данного ребенка?

3.Какое лечебное мероприятие было проведено в роддоме 2 раза?

4.Другие методы лечения данного заболевания, принципы реабилитации.

5.Прогноз.

ЗАДАЧА Ребенок С., мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. У женщины кровь Rh-отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1:16. Ребенок родился в срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в отделение совместного пребывания через два часа. На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз, мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пузрильное дыхание, ЧД 50 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 3 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки 2 см ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери II(A), ребенка I (0). Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось: стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 302 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина возрасте 6 часов 120 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужны ли консультации специалистов?
6. Рассчитайте почасовой прирост билирубина.
7. Назначьте лечение, рассчитайте количество эритроцитарной массы и плазмы для операции заменного переливания компонентов крови.
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
9. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА Ребенок Н., мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности. Роды произошли в 30 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго -15 минут. Ребенок кричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г. При осмотре: значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком. Раздувание крыльев носа, ЧД - 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС - 148 в минуту. Оценка по шкале Даунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Живот мягкий, доступен к пальпации. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Пенный тест Клементса слабopоложительный. На R-грамме грудной клетки - многочисленные тени мелких ателектазов. В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - 4,6х 10¹²/л, ЦП -0,97, лейкоциты -16х 10⁹/л, п -6%, с -63%, э -1%, л -24%, м -6%, СОЭ -1 мм/час. Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
5. Опишите принципы терапии в родильном доме.
6. Какие возможны осложнения?
7. Можно ли делать профилактические прививки?
8. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

ЗАДАЧА Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность - срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре. Беременность протекала со рвотой беременных в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут, безводный период 2 часа. При рождении ребенок кричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 гр. оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии. На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8 С. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре ребенок возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы вялые, размером 5-10 мм, с венчиком гиперемии вокруг, легко снимаются. Температура тела 38,0С. В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - 4,6х 10¹²/л, ЦП -0,97, лейкоциты -26х 10⁹/л, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины заболевания ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Нужны ли консультации специалистов?
- 5.
5. Изложите принципы ухода за ребенком.
6. Назначьте местное лечение.
7. Обоснуйте принципы терапии.

8. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

ЗАДАЧА Ребенок М., мальчик, возраст 3 дня жизни, доставлен в отделение реанимации. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности. У матери во время беременности диагностирован бактериальный вагиноз. В 34 недели беременности отмечалось обострение хронического тонзиллита. Ребенок родился в срок с массой тела 2900 г. Околоплодные воды зеленые с неприятным запахом. Плацента увеличена в размерах, с наличием кальцификатов, признаками плацентита и дефектом тканей. Назначена антибактериальная терапия. Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в отделение реанимации. При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы бледные, с грязновато-желтушным оттенком, акроцианоз. Пупочная ранка влажная, с сукровичным отделяемым, пальпируются пупочные сосуды. Живот вздут, на гиперемизированной коже передней брюшной стенки выражена венозная сеть. Внизу живота - пастозность. Вследствие резкого вздутия живота край печени пальпируется с трудом на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Стул скудный, зловонный с зеленью и прожилками крови. В анализе крови - Нв 160 г/л, эритроциты -4,6х 10¹²/л, ЦП -0,97, лейкоциты -28х 10⁹/л, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Правильна ли тактика неонатологов родильного дома?
3. Назовите причины заболевания.
4. В какое отделение стационара должен быть госпитализирован ребенок?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные исследования потребуются?
7. Обоснуйте принципы ухода за ребенком.
8. Как должен вскармливаться больной?
9. Проведите дифференциальный диагноз.
10. Каковы принципы этиологической терапии в данном случае?
11. Обоснуйте патогенетическую терапию.

ЗАДАЧА Девочка поступила в стационар в 6 дней. Матери 26 лет, 1-ая беременность протекала с рвотой беременных в 1-ом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, в связи с чем назначен окситоцин. 1 период родов - 12 час, 2 период - 25 мин, безводный период - 10 час. Затруднение выведения плечиков. Масса при рождении - 4200 г, длина - 54 см, ОГ - 37 см, ОГК - 37 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. После рождения ребенок беспокойный, гипервозбудим. Мышечная дистония, объем движений в левой руке снижен. В роддоме ребенок получал: сернокислую магнезию, фенobarбитал, канакион. На 6-е сутки переведен в стационар. Состояние средней тяжести, кожа розовая с мраморным рисунком. БР=2 х 2 см. ЧМ иннервация без особенностей, рефлексы орального автоматизма+. Ладонно-ротовой, хватательный и Моро слева снижены. Мышечный тонус в руках снижен, в левой руке гипотония более выражена, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в локтевом и плечевом суставах, в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой левой мышцы не вызывается. Печень +1,5 см из под реберной дуги, стул желтый кашецеобразный. Обследование: Общий анализ крови - Нв - 221 г/л, Эр - 6,5 х 10¹²/л, ЦП -0,97, лейкоциты - 7х10⁹/л, п-6%, с-56%, э-1%, л-30%, м-7%, СОЭ - 3 мм/ч. Общий билирубин - 98 мкмоль/л. НСГ: немногочисленные эхо-плотные включения в подкорковых ганглиях, повышенная эхогенность перивентрикулярных областей.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины, способствовавшие развитию патологии.
3. Назначьте лечение.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Какова должна быть даль тактика ведения ребенка?
7. Каков прогноз в данном случае?

НАПИСАНИЕ РЕФЕРАТА (текущий контроль).

Перечень тем:

1. Неонатальный скрининг.
2. Диабетическая фетопатия, неотложная помощь, прогноз для жизни и здоровья.
3. Желтухи вследствие нарушения функции гепатоцитов (синдром Жильбера, Криглера-Наяра, Дубина-Джонсона).
4. Современные возможности в лечении неонатальных желтух.
5. ИВЛ -ассоциированные пневмонии, особенности этиологии, клинической картины, лечения.
6. Современная фармакотерапия неонатальных пневмоний.
7. Синтез сурфактанта, его роль в организме новорожденного ребенка. Тесты на зрелость легких.
8. Современные методы оксигенотерапии - преимущества и недостатки.
9. Принципы терапии гнойно-септических заболеваний кожи у новорожденного.
10. Особенности иммунной системы новорожденного.
11. Врожденная краснуха. Этиопатогенез, клиническая картина. Лечение и прогноз.
12. Профилактика развития ВУИ у новорожденного.
13. Особенности выхаживания детей, рожденных с экстремально низким весом.
14. Причины недоношенности. Основные направления профилактики.
15. Особенности вскармливания недоношенных детей.
16. Синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных.
17. Особенности проведения ОЗПКК у недоношенного новорожденного.
18. Гипертермический синдром у новорожденного ребенка.

19. Желтухи у новорожденных. Современные подходы к лечению и ведению детей с ГБН с позиций доказательной медицины. 20. Основные ошибки при проведении первичной реанимации новорожденных детей.
- КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО И НАПИСАНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (текущий контроль).** Клинический разбор больного и истории болезни необходимо проводить по следующей схеме плана обследования новорожденного:
1. Каждый ординатор курирует 3-5 больных.
 2. Куратор проводит опрос и осмотр больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, с лечением пациентов.
 3. Схема курации:
 1. Паспортные данные
 2. Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы.
 3. Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение, проведенное лечение, причины госпитализации.
 4. Анамнез жизни. Подробно собирается акушерско-гинекологический анамнез матери, течение родов и неонатального периода.
 5. Данные объективного обследования, содержащие сводку патологических данных по системам и органам. Данные обследования.
 6. Предварительный диагноз.
 7. Дополнительные исследования.
 8. Диагноз и его обоснование.
 9. Дифференциальный диагноз.
 10. Лечение, рецептура.
 11. Оценка эффективности лечения.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Устный опрос
 Решение тестовых заданий
 Решение ситуационных задач
 Реферат
 Курация больного (клинический разбор больного)
 Написание истории болезни
 Перечень шкал оценивания по каждому виду оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 3

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛП.1	Боконбаева С. Дж.	Болезни новорожденных детей: : учебник	Иштек: Из-во КРСУ 2016
ЛП.2	Володин Н.Н.	Неонатология. Национальное руководство: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009
ЛП.3	Хазанов А.И.	Клиническая неонатология.: учебное пособие	СПб.: Гиппократ 2009
ЛП.4	Александрович Ю.С., Пшениснов К.В.	Интенсивная терапия новорожденных. Руководство для врачей: учебное пособие	СПб.: Изд-во Н-Л 2013

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.1	Алдашева Н.М., Боконбаева С. Дж., Исакова Ж.Т.	Диагностика и тактика ведения новорожденных и младенцев с врожденными пороками сердца: методические рекомендации	Бишкек : Изд-во КРСУ 2018
ЛЗ.2	Боконбаева С. Дж и соавт.	Первичная профилактика в практике участкового педиатра: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2013

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Шабалов Н.П. Неонатология	http://docplayer.ru/79805406-Shabalov-neonatologiya-
Э2	Монографии и учебники по неонатологии	неонатологии https://www.books-
Э3	На сайте собраны книги по неонатологии	https://meduniver.com/Medical/Book/63.html
Э4	Портал для студентов, содержит большую коллекцию учебной литературы, презентации, истории болезней, полные тексты лекций по неонатологии	http://medfaka/net

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – занятия репродуктивного типа, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся практические занятия, при проведении которых используется кейс – методика, проблемно-деятельностное обучение, ролевые игры, методика мозгового штурма. Практика проходит в интерактивном режиме, в постоянном контакте с больными.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординатором компьютерной техники и интернет-ресурсов для самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.2	Электронная библиотека КРСУ (http://lib.krsu.edu.kg)
6.3.2.3	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.4	Федеральная электронная медицинская библиотека МЗ РФ (http://www.femb.ru/feml/)
6.3.2.5	PubMed www.ncbi.nlm.nih.gov
6.3.2.6	Проект MEDLINE with Full Text URL: http://www.agmu.ru/biblioteka/proekty/medline-with-full-text/
6.3.2.7	Электронно-Библиотечная Система издательства «Лань» URL: http://e.lanbook.com
6.3.2.8	Сайт Российской Национальной библиотеки URL: http://www.nlr.ru/
6.3.2.9	Всемирная электронная база данных научных изданий URL: http://www.sciencedirect.com/
6.3.2.10	Поисковая система PubMed Национальной медицинской библиотеки США. http://www.pubmed.com
6.3.2.11	Государственная центральная научная медицинская библиотека / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.scsml.rssi.ru .
6.3.2.12	Справочная правовая система Консультант Плюс. URL: http://www.consultant.ru
6.3.2.13	Электронная библиотечная система "Консультант студента" / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru . 6.3.2.2 5
6.3.2.14	Электронный каталог OPAC-Global / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://library.stgma.ru .
6.3.2.15	Электронная библиотека МЗ КР

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе Городского перинатального центра в отделении патологии новорожденных, Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи в отделении неотложной неонатологии. Клинические базы оснащены предусмотренными для работы с биологическими моделями помещениями, предусмотренными для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособие для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты, аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ) для новорожденных, монитор жизненно важных функций с датчиками для новорожденных, аппарат для неинвазивной вентиляции легких и СРАР для новорожденных, неонатальный кювез и кювез для интенсивной терапии новорожденных, реанимационный стол для новорожденных, набор для реанимации новорожденных, пульсоксиметр для новорожденных, наборы для катетеризации вен (центральных, периферических, глубокие венозные линии) для новорожденных, лампа фототерапии, инфузионный насос, медицинский аспиратор, небулайзер с маской для новорожденных, желудочные зонды для новорожденных, анализатор газов и кислотно-основного состояния крови, монитор церебральных функций для новорожденных) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иным оборудованием, необходимым для реализации программы ординатуры.
7.2	В составе больниц имеются: клиничко-диагностические лаборатории, которые проводят широкий спектр лабораторных исследований: клинических, гематологических, биохимических, исследование гемостаза, иммунологические исследования. Рентгенологическое отделение оснащено современным оборудованием. Отделение ультразвуковой и функциональной диагностики, оснащено современными УЗ-диагностическими приборами. Данные подразделения оснащены современным оборудованием, которое соответствует стандартам оказания медицинской помощи новорожденным детям.
7.3	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).

7.4	Компьютерный класс (корпус Л.Толстого, ауд.4/12) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.
7.5	Симуляционный центр интегративного и практического обучения (ЦИПО - корпус «Аламедин»), оборудованный роботизированными манекенами - имитаторами, современным реанимационным оборудованием, электронными фантомами оборудования, тренажерами, интерактивным и медицинским оборудованием, инструментарием и расходными материалами.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 3 МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
 2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
 3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (3 семестр - зачет с оценкой) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей. **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ** При явке на зачет ординатор обязаны иметь при себе дневник ординатора. Преподавателю предоставляется право поставить зачет без опроса, тем ординаторам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контролли. На промежуточном контроле ординатор должен правильно выполнить ситуационную задачу и интерпретировать лабораторные данные в ней (уметь, владеть). Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больных в течении цикла. Оценка промежуточного контроля: - min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы ординатор правильно формулирует основные понятия) - 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если правильно выставил предварительный диагноз и план обследования при решении клинической задачи) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (если правильно выставил предварительный диагноз, план обследования и определил тактику лечения при решении клинической задачи) **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.**
- I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:**
- 1) Организационный этап занятия (время – до 2%): а) переключки;
 - б) задание на дом следующей темы; в) мотивация темы данного практического занятия;
 - г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
 - 2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%): коррекция преподавателем теоретических знаний ординаторов;
 - 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);
 - 4) Этап самостоятельной работы ординаторов у постели больного (время – до 45%);
 - 5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):
- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных ординаторами
 - б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
 - в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения ординаторами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).
- II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРА**
1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут. Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час. Всего в неделю – 3 часа 30 минут.
 2. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.
 3. Рекомендации по работе с литературой. Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф, какие новые понятия введены, каков их смысл, что даст это на практике?
 4. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
- СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.** При решении ситуационной задачи необходимо выделить синдромы в клинической симптоматике, выявить причинные факторы, акушерско-гинекологический анамнез, способствующий развитию данного заболевания. Объективные признаки. Результаты лабораторно-инструментального обследования. Используя знания по квалификации болезни и критериев диагноза необходимо решить первый вопрос: выставить диагноз, согласно классификации. Исходя из вышесказанного, необходимо составить план обследования с ожидаемыми результатами. После чего решить окончательный вопрос: назначения лечения, с учетом доз и курса лечения.
- СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА** Мальчик, 10 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с жалобами матери на повышение температуры тела до 38,5 градусов, беспокойство, появление высыпаний на туловище и конечностях. Из анамнеза выяснено, что мать страдает рецидивирующим фурункулезом. Беременность 1-ая, в 1-ой половине ОРВИ. Роды срочные, безводный период 20 часов. Закричал сразу, масса тела 3.400,

длина 50 см., Аппар 8-9 баллов. Выписан домой на 3-ьи сутки. На 7-ые сутки жизни стал беспокойным, появились единичные высыпания на коже, повысилась температура. К врачам не обращались. При осмотре состояние тяжелое, лихорадка до 38,7, плохо берёт грудь, вялый. Масса тела 3.100. На коже туловища и конечностей вялые пузыри в большом количестве, диаметром до 1-2-х сантиметров, наполненные светло-жёлтым содержимым, окружённые тонким воспалительным венчиком. При вскрытии пузырей обнажается мокнущая эрозивная поверхность. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 140 в мин. Живот мягкий, печень +1,5 ниже рёберной дуги. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Что могло быть причиной заболевания?

2. План обследования?

3. Назначьте лечение.

4. Какие возможны осложнения?

Ответ:

1. Пузырчатка новорожденного. Злокачественная форма. Диагноз поставлен на основании анамнеза матери (рецидивирующий фурункулез, ОРВИ, длительный безводный период), типичных кожных элементов.

2. ОАК, ОАМ, С-реактивный белок, прокальцитонин. Бакпосев крови и содержимого пузырей с антибиотикограммой.

3. Лечение: до получения антибиотикограммы старт-терапия ампициллином из расчёта 100.мг /кг.

4. Генерализация инфекции. КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО Курация проводится по схеме, указанной в п.5.3. В процессе курации ординатор должен овладеть следующими практическими навыками:

1. целенаправленно собрать анамнез жизни и заболевания, акцентируя внимание на акушерском анамнезе

2. провести объективный осмотр больного новорожденного и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (ЧСС, ЧД, А/Д и др.)

3. выделить ведущие клинические синдромы.

4. оценить имеющиеся лабораторные данные (общий анализ крови, время кровотечения и свертывания, протромбиновый индекс, общий билирубин и его фракции, АСТ/АЛТ, общий белок, альбумин крови, остаточный азот, мочевины, креатинин, общий анализ мочи, ликвор, бактериологические посевы и серологические реакции, а также Rg-графию органов грудной клетки и др.).

5. составить план дополнительного лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза.

6. сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь классификацией болезни.

7. назначить адекватную инфузионную терапию, рассчитать объем вводимых растворов, назначить адекватную этиотропную терапию, определить разовые, суточные и курсовые дозы антибиотиков; определить прогноз болезни у конкретного больного.

8. оказать необходимую врачебную помощь на догоспитальном этапе при неотложных состояниях у новорожденных детей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА Тема реферата выбирается в соответствии с интересами ординатора и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников (монографии, статьи). План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы аспиранта, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки). Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами). Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __до __. Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __до __.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЮТ:

1. галактоземию
2. синдром Дауна
3. синдром Нунан
4. врожденную тирозинемию

ВНУТРИУТРОБНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ ПЕРЕДАЮТСЯ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА:

1. IgA
2. IgM
3. IgE
4. IgG

ВЯЛЫЕ ПУЗЫРИ НА КОЖЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ:

1. врожденном везикулопустулезе
2. пузырьчатке новорожденного
3. неонатальном пустулярном меланозе
4. врожденном буллезном эпидермолизе

К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ:

1. везикулопустулез
2. токсическая эритема
3. буллезный эпидермолиз
4. неонатальный пустулярный меланоз

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ:

1. муковисцидоза
2. врожденного порока сердца
3. атрезии пищевода
4. тиреотоксикоза

СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:

1. Сильвермана
2. Даунса
3. Балларда
4. Дементьевой

АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. соединение аорты и легочной артерии
3. дефект в межпредсердной перегородке
4. полную форму атриовентрикулярной коммуникации

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфекционные заболевания матери
2. хромосомные аномалии развития плода
3. внутриутробная гипоксия
4. гемолитическая болезнь новорожденного

ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
2. продленный вдох
3. ИВЛ мешком Амбу
4. подача кислорода через головной колпак

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕПРЯМОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфузионная терапия
2. фототерапия
3. фенобарбитал
4. гепатопротектор

ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРПИИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. ампициллин
2. азитромицин
3. амфотерицин
4. ацикловир

ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ:

1. коровье молоко
2. кукуруза
3. консервированные продукты
4. овощи

ПОД МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО:

1. 1 года из 1000 живорожденных
2. 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
3. 2 лет из 1000 живорожденных
4. 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми

ДАЛЬНЕЙШЕЕ СНИЖЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ОСНОВНОМ ЗАВИСИТ ОТ КАЧЕСТВА РАБОТЫ:

1. родильного дома
2. женской консультации
3. отделения патологии новорожденных
4. отделения реанимации

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ В РОДДОМЕ ГРУППОВОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ:

1. перевести новорожденных в обсервационное отделение и назначить лечение
2. оставить новорожденных на месте, назначив лечение
3. перевести новорожденных в отделение патологии новорожденных после проведенного лечения
4. немедленно перевести новорожденных в соответствующий стационар

ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ _____ ГРАДУСОВ С:

1. 20-24
2. 22-24
3. 24-26
4. 26-28

ВЛАЖНАЯ УБОРКА ПАЛАТ В ОТДЕЛЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ _____ В ДЕНЬ:

1. 3-5 раз
2. 1 раз
3. 2 раза
4. 6-7 раз

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕМОНТА, ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И САНИТАРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ В БОЛЬНИЦЕ ДОЛЖНО ЗАКРЫВАТЬСЯ:

1. 1 раз в год
2. ежеквартально
3. 2 раза в год
4. 1 раз в 2 года

ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕВОДУ НОВОРОЖДЕННОГО ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА В СТАЦИОНАР ОПРЕДЕЛЯЕТ:

1. главный врач родильного дома
2. заведующий отделением новорожденных стационара
3. главный врач стационара
4. заведующий отделением новорожденных родильного дома

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ РОДИЛЬНОГО ДОМА ДОЛЖНА БЫТЬ ____ %:

1. 55-60
2. 20-30
3. 40-50
4. 70-80

У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ РЕАБСОРЦИЯ:

1. аминокислот
2. низкомолекулярных белков
3. глюкозы
4. ионов натрия

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. хламидиоза
2. муковисцидоза
3. герпеса
4. цитомегаловирусной инфекции

ПНЕВМОНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ:

1. интерстициальной
2. очаговой
3. очагово-сливной
4. полисегментарной

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:

1. стрептококковых пиодермий
2. стафилококковых пиодермий
3. генодерматозов
4. аллергодерматозов

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ:

1. диареи
2. анорексии
3. рвоты
4. геморрагический

НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТАМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ HBs - АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА:

1. в первые часы жизни
2. на 2-3 сутки жизни
3. при выписке из родильного дома
4. в возрасте 1 месяца жизни

У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ:

1. полицитемии
2. лейкоцитоза
3. лейкопении
4. тромбоцитопении

СИНДРОМ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕН:

1. гиповолемией
2. гемодинамическими расстройствами
3. метаболическими нарушениями
4. усиленным эритропозом

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

1. врожденном гипотиреозе
2. диабетической эмбриопатии
3. ДВС-синдроме
4. тяжелой гипербилирубинемии

В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:

1. прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
2. ацидоз
3. гиперкапния
4. асфиксия

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышенный фибринолиз
2. снижение протромбинового комплекса
3. тромбоцитопения
4. уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЮТСЯ:

1. сразу после рождения
2. на 2-ой день жизни
3. на 2-й неделе жизни
4. к 3-5 дню жизни

ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. наследственный микросфероцитоз
2. дефицит эритроцитарных ферментов
3. кровопотеря
4. наследственная гипопластическая анемия

ДИАГНОЗ АНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ НА 3-4-Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ ____ Г/Л:

1. 120
2. 130
3. 140
4. 150

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ:

1. аспаратаминотрансферазы
2. аланинаминотрансферазы
3. щелочной фосфатазы
4. альдолазы

ЖЕЛТУХА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ К КОНЦУ _____ ЖИЗНИ:

1. 3-й недели
2. 2-й недели
3. 2-го месяца
4. 1-го месяца

ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. резкое возбуждение
2. повышение мышечного тонуса
3. ригидность затылочных мышц
4. появление симптомов угнетения

ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. некротизирующий энтероколит
2. пилороспазм
3. халазия пищевода
4. высокая кишечная непроходимость

КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. IgM
2. IgA
3. IgG
4. IgE

ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гипоксия в родах
2. отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни
3. отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
4. проведение реанимационных мероприятий в родильном зале

ОБЪЕМ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ:

1. увеличивается
2. у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных – уменьшается
3. уменьшается

4. не изменяется

МЕКОНИЙ ИЗ ТРАХЕИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СЛЕДУЕТ ОТСАСЫВАТЬ:

1. эндотрахеальной трубкой соответствующего диаметра
2. катетером для отсасывания слизи с концевым отверстием, введенным в эндотрахеальную трубку
3. катетером для отсасывания слизи с концевым отверстиями, введенным непосредственно в трахею
4. катетером с концевым и двумя боковыми отверстиями, введенным непосредственно в трахею

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВИЛОСЬ РЕГУЛЯРНОЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. СРАЗУ ВСЛЕД ЗА ЭТИМ СЛЕДУЕТ:

1. начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
2. оценить цвет кожных покровов
3. удалить содержимое желудка
4. оценить частоту сердечных сокращений

ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ:

1. оценить частоту сердечных сокращений
2. оценить цвет кожных покровов
3. начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
4. ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое

ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ДЫШИТ, НО ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 80 УДАРОВ В МИНУТУ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО:

1. начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
2. начать непрямой массаж сердца
3. начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
4. ввести атропин под язык

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ САМОРАСПРАВЛЯЮЩИМСЯ МЕШКОМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ____%:

1. 90-100
2. 70-80
3. 50-60
4. 30-40

ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ:

1. с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
2. от матерей с сахарным диабетом
3. с синдромом Видемана-Беквита
4. с врожденной гиперплазией коры надпочечников

КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ:

1. резким увеличением метаболизма глюкозы
2. повышением внутричерепного давления
3. увеличением потребности мозга в кислороде
4. повышением артериального давления

ДЛЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ:

1. гипотрофии правого сердца
2. снижения PaO_2
3. респираторного ацидоза
4. прогрессирующей эмфиземы легких

ПОЧКАМИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ХОРОШО ВЫВОДЯТСЯ:

1. ампициллин
2. меронем
3. ванкомицин
4. дигоксин

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СДР НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ:

1. гидрокортизон
2. дексаметазон
3. преднизолон
4. тиреоидин

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО КУРСА ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1-1,5 мес.
2. 7-8 дней
3. 10-14 дней
4. короткий трех-четырёхдневный курс

ПРИ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ ВЫБИРАЮТ:

1. этимизол
2. эуфиллин
3. преднизолон
4. кофеин

СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ СУДОРОГАХ:

1. гипомагниемических
2. гипогликемических
3. гипокальциемических

4. обусловленных гипоксически-ишемической энцефалопатией

ПРЕПАРАТОМ, К ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ КОТОРОГО ОТНОСИТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ОПАСНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. диакарб
2. индометацин
3. сурфактант
4. дексаметазон

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА «БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ» У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПРАВОМОЧНА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ _____ ЖИЗНИ:

1. 56 суток
2. 6 месяцев
3. 28 суток
4. 1 года

К НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ:

1. гиперкалиемию и метаболический ацидоз
2. повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови
3. повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови
4. метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыворотке крови

К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

1. мочекислый инфаркт и метаболический ацидоз
2. олигурия, протеинурия и мочекислый инфаркт
3. протеинурия и лейкоцитурия
4. олигурия и мочекислый инфаркт

ОЛИГУРИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ СЧИТАЕТСЯ ДИУРЕЗ МЕНЕЕ _____ МЛ/КГ/ЧАС:

1. 0,5
2. 1,5
3. 3,0
4. 2,0

САМЫМ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. инфаркт миокарда
2. фиброэластоз
3. пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
4. транзиторная ишемия миокарда

КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ СОЧЕТАНИЕ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. цианоз, отеки, хрипы в легких
2. цианоз, одышка, тахикардия
3. одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
4. одышка, тахикардия, хрипы в легких

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. осложнение ОРВИ
2. осложнение РДС
3. внутриутробное инфицирование
4. аспирация в родах

ДИАГНОЗ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРАВОМОЧЕН ТОЛЬКО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЖИЗНИ РЕБЕНКА:

1. первых 2-х часов
2. первых суток
3. первой недели
4. первых трех суток

КОНЬЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННОГО НА _____ СУТКИ ЖИЗНИ:

1. 3
2. 1
3. 5
4. 6

ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

1. метаболический ацидоз, гипогликемия
2. метаболический ацидоз, гипогликемия, катаболическая направленность белкового обмена
3. катаболическая направленность белкового обмена, метаболический алкадоз, гипергликемия
4. гипергликемия, алкалоз

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЕЛИТСЯ НА:

1. антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный, поздний неонатальный
2. ранний неонатальный, поздний неонатальный
3. поздний антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный
4. антенатальный, неонатальный

НОВОРОЖДЕННЫМ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЕЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____ Г:

1. 2750
2. 1500
3. 2500
4. 2000

ПОКАЗАТЕЛЬ (КОЭФФИЦИЕНТ) ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЮТ КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА:

1. случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
2. умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле
3. случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
4. детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

СНИЖАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ:

1. партусистен
2. гинипрал
3. изоптин
4. дексаметазон

НОВОРОЖДЕННЫМ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ МЛАДЕНЦ, РОДИВШИЙСЯ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ _____Г:

1. 1200
2. 1500
3. 1750
4. 1000

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. синдроме сгущения желчи
2. физиологической желтухе
3. семейном прогрессирующем внутрипеченочном холестазах
4. атрезии желчевыводящих путей

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОБУСЛОВЛЕНА:

1. дефицитом коагуляционного звена гемостаза
2. несовместимостью по тромбоцитарным антигенам
3. дефицитом витамина К
4. несовместимостью по эритроцитарным антигенам

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:

1. навязчивый коклюшеподобный кашель
2. притупление перкуторного звука
3. локальные мелкопузырчатые хрипы
4. ассиметрию хрипов

К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:

1. нормальную температуру тела
2. выраженную одышку
3. пневмоторакс
4. мелкопузырчатые влажные хрипы в легких

АНАТОМИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В КОНЦЕ ПЕРВОГО ____ ЖИЗНИ:

1. часа
2. года
3. первого полугодия
4. первого месяца

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ В:

1. первое полугодие жизни
2. конце первого года жизни
3. первые часы после рождения
4. конце первого месяца жизни

ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 3 балла и менее
2. 4-5 баллов
3. 5-7 баллов
4. более 8 баллов

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. исследование коагулограммы
2. бактериологическое исследование промывных вод желудка
3. пенный тест
4. тест Апта

РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПРИ УРОВНЕ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА, СОСТАВЛЯЮЩЕГО:

1. 250-300 мкмоль/л
2. 340 мкмоль/л и более
3. 170-250 мкмоль/л
4. менее 170 мкмоль/л

ПРИЗНАКАМИ ГЕМОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. анемия + ретикулоцитоз
2. ретикулоцитоз + повышение непрямого билирубина + анемия
3. повышение уровня непрямого билирубина + желтуха
4. желтуха + спленомегалия

ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. полусинтетические пенициллины
2. аминогликозиды
3. макролиды
4. цефалоспорины

В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. оксигенотерапию
2. препараты сурфактанта
3. кортикостероидную терапию
4. антибиотикотерапию

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ:

1. дексаметазоном
2. метилпреднизолоном
3. будесонидом
4. мометазоном

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. ацикловир
2. виферон
3. цитотект
4. интерферон

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. витамин Е
2. канакион и свежзамороженную плазму
3. антикоагулянты
4. антиагреганты

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЫЗВАННЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТИМ СТАФИЛОКОККОМ ПРИМЕНЯЮТ:

1. ванкомицин
2. линкомицин
3. эритромицин
4. пенициллин

ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОВОДЯТ:

1. на 10-й день жизни
2. в возрасте одного месяца
3. в возрасте 2-х месяцев
4. в первые 3 дня после выписки из родильного дома

РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ (РЕТРОЛЕНТАЛЬНАЯ ФИБРОПЛАЗИЯ) СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В:

1. мышцах, регулирующих движение глазного яблока
2. костной ткани черепа
3. мышцах лица и шеи
4. сетчатке и стекловидном теле

ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:

1. 12–24 месяца
2. 3–6 месяцев
3. 9–11 месяцев
4. чем дольше, тем лучше

НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ:

1. запрещаются
2. разрешаются всегда
3. разрешаются лишь после консультации невролога
4. разрешаются, если нет срыгиваний

НОВорожденный РЕБЁНОК, РОДИВШИЙСЯ ОТ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ, С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ ВОКРУГ ШЕИ ИМЕЕТ РИСК РАЗВИТИЯ:

1. аллергических заболеваний
2. врождённых пороков развития органов
3. патологии ЦНС
4. анемии

ПРИЗНАКОМ НЕЗРЕЛОСТИ НОВорожденного РЕБЁНКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. шелушение кожи
2. выраженная пушковость на коже
3. наличие «монголоидных» пятен
4. увеличение размеров большого родничка

РЕБЕНКОМ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА СЧИТАЕТСЯ НОВорожденный С МАССОЙ _____Г:

1. 1500-2500
2. 1000-1500
3. менее 1000
4. 2500-3000

ЧРЕЗМЕРНО КРУПНЫМ РЕБЕНКОМ СЧИТАЕТСЯ НОВорожденный С МАССОЙ ТЕЛА БОЛЕЕ _____Г:

1. 4000
2. 5000
3. 4500
4. 3500

ПО ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НЕДОНОШЕННЫМИ СЧИТАЮТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО ____ НЕДЕЛЬ:

1. 37
2. 38
3. 39
4. 40

ЗАДАЧЕЙ «С» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. тактильная стимуляция дыхания
2. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. восстановление проходимости дыхательных путей

ЗАДАЧЕЙ «А» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
2. введение адреналина
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. восстановление проходимости дыхательных путей

К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ:

1. раздражение дыхательных путей, подсыхание слизистой оболочки дыхательных путей
2. развитие сердечно-сосудистой недостаточности
3. развитие бронхоспазма, утолщение стенки альвеол, нарушение диффузии газов
4. развитие «шокового» легкого

ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ (ПРИНЦИП ABCD):

1. восстановление проходимости дыхательных путей
2. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
3. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
4. проведение непрямого массажа сердца

ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ В _____ НЕД.:

1. 22-37
2. 38-42
3. 28-37
4. 36-40

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:

1. Сильвермана
2. Глазго
3. Дементьевой
4. Апгар

К ОСОБЕННОСТЯМ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ:

1. замедление времени свертывания

2. одинаковое время свертывания, как у взрослых
3. удлинение времени кровотечения
4. снижение активности плазменных витамин-К-зависимых факторов

СООТНОШЕНИЕ ДЫХАНИЯ И ПУЛЬСА У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1:2
2. 1:4
3. 1:3
4. 1:2,5

АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ) ПРОТОК СОЕДИНЯЕТ АОРТУ С:

1. нижней поллой веной
2. левым предсердием
3. легочной артерией
4. легочной веной

У ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ОКСИГЕНИРОВАННУЮ КРОВЬ ПОЛУЧАЕТ:

1. печень
2. кишечник
3. сердце
4. легкие

У ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ НИЖЕ:

1. 2800 г
2. 2500 г
3. 2000 г
4. 2300 г

МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. к 6-7 дню жизни
2. к 8-10 дню жизни
3. к 3-5 дню жизни
4. к 1-2 дню жизни

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

1. удаления сыровидной смазки
2. потери воды через кожу
3. кормления грудью
4. докармливания в первые дни жизни

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

1. потери воды через лёгкие при дыхании
2. удаления сыровидной смазки

3. кормления грудью
4. докармливания в первые дни жизни

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ УБЫЛЬ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННОГО ПРОИСХОДИТ ИЗ-ЗА:

1. удаления сыровидной смазки
2. кормления грудью
3. докармливания в первые дни жизни
4. выделения мекония и мочи

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ К:

1. 10-14 дню жизни
2. 14-21 дню жизни
3. 5-7 дню жизни
4. 7-10 дню жизни

СРЕДНЯЯ ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (В СМ) ДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 30-32
2. 34-36
3. 32-34
4. 36-38

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. развитием в первые трое суток жизни
2. меньшей потерей массы на искусственном вскармливании
3. восстановлением исходной массы тела к 30-му дню жизни
4. восстановлением исходной массы тела к 14-му дню жизни

ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОЧИ 3-4-ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНО С:

1. увеличением хлоридов
2. увеличением фосфатов
3. увеличением молочного сахара
4. увеличением мочевой кислоты

СТИГМАМИ ДИСМОРФОГЕНЕЗА НАЗЫВАЮТ:

1. врожденные пороки развития органов и систем
2. большие родимые пятна
3. малые аномалии развития наружных частей тела
4. большие аномалии развития наружных частей тела

КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ СТИГМАТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____СТИГМ:

1. 2-3
2. 5-6
3. 3-4

4. 1-2

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВорожденных ПОЯВЛЯЕТСЯ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ:

1. 1-ый
2. 2-3-й
3. 5-7
4. 10-14

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВорожденных ИСЧЕЗАЕТ К _____ ЖИЗНИ:

1. 4-5 дню
2. 3-4 неделе
3. 5-6 неделе
4. 7-10 дню

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВорожденных ЯВЛЯЕТСЯ:

1. повышенное разрушение эритроцитов
2. аномалия строения эритроцитов
3. аномалия строения гемоглобина
4. несовместимость матери и ребенка по группам крови

АПНОЭ У НОВорожденных ДЕТЕЙ СВЯЗАНО С:

1. недостатком сурфактанта
2. незаконченной дифференцировкой дыхательного центра
3. слабостью сокращения диафрагмы
4. гипоксией дыхательного центра

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПОКОЕ ЗА 1 МИН У ДОНОШЕННОГО НОВорожденного СОСТАВЛЯЕТ:

1. 110
2. 90
3. 140
4. 170

АРТЕРИАЛЬНЫЙ (БОТАЛЛОВ ПРОТОК) СОЕДИНЯЕТ:

1. легочную артерию и аорту
2. пупочную и нижнюю полую вены
3. легочную и правую подключичную артерии
4. аорту и левую подключичную артерии

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА НОВорожденного ПРИ РОЖДЕНИИ:

1. преимущественно бифидофлора
2. отсутствует
3. содержит патогенную микрофлору
4. условно-патогенная флора

ЗАСЕЛЕНИЕ КИШЕЧНИКА НОВорожденного МИКРОФЛОРОЙ (ФАЗА ТРАНЗИТОРНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА) ПРОИСХОДИТ К:

1. 2-4 дню
2. 1 месяцу
3. 1 неделе
4. 1-2 дню

СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ (ФАЗА ТРАНСФОРМАЦИИ МИКРОФЛОРЫ) У НОВорожденных ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТЕ _____ НЕДЕЛЬ:

1. 2-4
2. 1-2
3. 4-6
4. 6-8

У БОЛЬШИНСТВА НОВорожденных МЕКОНИЙ ОТХОДИТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ _____ ДНЕЙ:

1. 1-2
2. 3-4
3. 4-5
4. 5-6

ЭМБРИОПАТИИ ФОРМИРУЮТСЯ ДО _____ НЕДЕЛИ ГЕСТАЦИИ:

1. 9
2. 14
3. 22
4. 28

ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ МЕЖДУНАРОДНЫМ ДОКУМЕНТОМ В ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. семейный кодекс
2. закон об основных гарантиях прав ребенка
3. конвенция о правах ребенка
4. закон об основах системы профилактики правонарушений несовершеннолетних

К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ:

1. соблюдение беременной женщиной рациональной диеты
2. введение прикорма с 3 месяцев
3. введение прикорма после 6 месяцев
4. естественное вскармливание

ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ:

1. мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
2. овощи и фрукты, цельно зерновые продукты
3. молоко и кисломолочные продукты
4. хлеб и хлебобулочные изделия

ЗРЕЛОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО:

1. соматометрическим показателям новорожденного
2. сроку гестации и массе тела новорожденного
3. степени морфофункционального развития
4. сроку гестации и длине тела новорожденного

ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ ЦИАНОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО В ГОРИЗОНТАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ И ЕГО ИСЧЕЗНОВЕНИЕ В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. врожденном пороке сердца
2. болезни гиалиновых мембран
3. аспирационном синдроме
4. диафрагмальной грыже

К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ СИНДРОМА МЕКОНИЕВОЙ АСПИРАЦИИ ОТНОСИТСЯ:

1. персистирующая легочная гипертензия
2. сердечная недостаточность
3. почечная недостаточность
4. септический шок

КИСЛОРОДОТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ЛЮБОМУ РЕБЕНКУ С САТУРАЦИЕЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ ____%:

1. 98
2. 92
3. 85
4. 80

ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО:

1. меньшим диаметром альвеол, чем у взрослых
2. меньшим числом альвеол
3. исходным дефицитом сурфактанта
4. гиповолемией

ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У РЕБЕНКА 7 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 20 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО?

1. брадипноэ
2. тахипноэ
3. апноэ
4. нормальная

ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У РЕБЕНКА 5 СУТОК ЖИЗНИ СОСТАВИЛА 100 В МИНУТУ. КАКОВА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННОГО?

1. тахикардия

2. брадикардия
3. аритмия
4. нормальная

ПРИ УМЕРЕННОЙ АСФИКСИИ НОВорожденный имеет оценку по шкале Апгар на первой минуте:

1. 3 балла и менее
2. 4-6 баллов
3. 7-8 баллов
4. 9-10 баллов

У родившегося в срок ребенка в первую неделю жизни нарастала желтуха, которая стабильно сохраняется в течение 4 недель, появились запоры, брадикардия. О каком заболевании можно думать:

1. о сепсисе
2. о гипотиреозе
3. о АВО-гемолитической болезни
4. о пилоростенозе

Наиболее характерным признаком острого периода врожденного токсоплазмоза является:

1. Микроцефалия
2. атрофия зрительного нерва
3. обнаружение антител против токсоплазмы в составе IgM
4. высокий титр антител в IgG

Множественные истинные пороки развития характерны:

1. для энзимопатии
2. для эмбриопатии
3. для фетопатии
4. для патологии неонатального периода

Достоверным признаком врожденной цитомегалии является:

1. микрофтальм и хориоретинит
2. кальцификаты в веществе мозга
3. остеопороз
4. обнаружение характерных клеток в осадке мочи, слюне, ликворе

Какое из перечисленных исследований подтверждает диагноз муковисцидоза:

1. рентгенограмма грудной клетки
2. биопсия тонкого кишечника
3. микроскопия осадка мочи
4. определение электролитов пота

Какие из перечисленных клеток крови способны вырабатывать антитела:

1. Макрофаги
2. Нейтрофилы
3. Т-лимфоциты

4. В-лимфоциты

КОГДА ПРОИСХОДИТ ПЕРВЫЙ "ПЕРЕКРЕСТ КРОВИ" У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. на 4-й день жизни
2. На 5-й день жизни
3. на 6-й день жизни
4. после 7-10 дня жизни

В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ПОЛНОСТЬЮ ЭПИТЕЛИЗИРУЕТСЯ ПУПОЧНАЯ РАНКА В НОРМЕ:

1. к концу 1-й недели жизни
2. к концу 2-й недели жизни
3. к концу 1-го месяца жизни
4. на 2-м месяце жизни

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КАКОГО КЛАССА НЕ МОЖЕТ ВЫРАБАТЫВАТЬ В ДОСТАТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ОРГАНИЗМ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

1. IgA
2. IgM
3. IgG
4. IgE

СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (ММ. РТ. СТ):

1. 50
2. 60
3. 70
4. 80

СМЕШИВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У ПЛОДА ПРОИСХОДИТ:

1. в Аранциевом протоке
2. в артериальном протоке
3. в нижней полой вене
4. в правом предсердии

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЯ:

1. эпидуральные
2. субдуральные
3. субарахноидальные
4. внутрижелудочковые

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. родовая травма
2. внутриутробная гипоксия
3. кесарево сечение
4. ВУИ

ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО С МАССОЙ 1500 Г МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

1. незрелость

2. сепсис
3. асфиксия
4. внутрижелудочковое кровоизлияние

НОРМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ТРОМБОЦИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (ТЫС 10^9 /л)

1. 600
2. 500
3. 200-400
4. 100

ЗАДАЧА

Девочка М., переведена в детскую больницу в возрасте 9 дней из роддома. Анамнез: матери 28 лет, 1-я беременность 7 лет назад закончилась мед. абортom, 2-я беременность – настоящая. Роды 1, на 39-й неделе, многоводие, воды светлые. Девочка родилась в тяжелом состоянии, крик очень слабый, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Масса тела 3150, длина 50 см, Кожа бледно-желтая, отечность конечностей, туловища. Известно, что мать имеет В(III) Rh(-) группу крови, отец - А(II) Rh(+). Во время беременности у матери за месяц до родов определен высокий титр антирезусных антител.

При рождении общий билирубин у ребенка 185 мкмоль/л, гемоглобин 40 г/л. На 20 минуте жизни проведено лечебное мероприятие. За первые четверо суток жизни было в общей сложности проведено 2 таких лечебных мероприятия. С 5 дня жизни желтуха начала уменьшаться, отеки уменьшились к пятому дню жизни.

Данные объективного осмотра при поступлении: температура тела 36.5-36.8 градусов, ЧД 32 в мин, ЧСС 124 в мин, масса 2800, окружность головы 33см, груди 31 см. Состояние тяжелое, крик тихий, имеется лануго на плечах и ушных раковинах, пупочное кольцо расположено низко. Кожа иктеричная, сухая, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз стоп, ладоней, пупочная ранка с серозным отделяемым, имеется отечность нижней части туловища и конечностей. БР 1х1 см, в легких хрипов нет, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы, систолический шум во 2-м межреберье. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +1,5 см. Стул желтый, моча светлая. Снижена двигательная активность, рефлексы новорожденных снижены, непостоянный симптом Грефе, слева опущение угла рта и сглаженность носогубной складки.

Данные обследования: общий анализ крови: Hb 116 г/л, эр. $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,85, тромб.- 143,5 тыс., лейкоц.- $8,3 \times 10^9/л$, миел.-2, метамиел.-1, п.я.-2, с.я. - 40, э.-1, л.-46, м.- 8, СОЭ-4 мм/час.

Биохимия крови: белок 60 г/л, мочевины 4,2 ммоль/л, холестерин 3,8 ммоль/л, билирубин прямой- нет, непрямоy - 250 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая группа крови и Rh фактор вероятнее всего у данного ребенка?
3. Какое лечебное мероприятие было проведено в роддоме 2 раза?
4. Другие методы лечения данного заболевания, принципы реабилитации?
5. Прогноз.

ЗАДАЧА

Ребенок С., мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. У женщины кровь Rh-отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1:16. Ребенок родился в срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в отделение совместного пребывания через два часа.

На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз, мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пуэрильное

дыхание, ЧД 50 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 3 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки 2 см ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери II(A), ребенка I (0). Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось: стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 302 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы
5. Нужны ли консультации специалистов?
6. Рассчитайте почасовой прирост билирубина.
7. Назначьте лечение, рассчитайте количество эритроцитарной массы и плазмы для операции заменного переливания компонентов крови.
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
9. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

ЗАДАЧА

Ребенок Н., мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности. Роды произошли в 30 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго -15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре: значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком. Раздувание крыльев носа, ЧД - 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС - 148 в минуту. Оценка по шкале Даунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Живот мягкий, доступен к пальпации. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Пенный тест Клемента слабоположительный. На R-грамме грудной клетки - многочисленные тени мелких ателектазов.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, ЦП -0,97, лейкоциты - 16×10^9 /л, п -6%, с -63%, э -1%, л -24%, м -6%, СОЭ -1 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
5. Опишите принципы терапии в родильном доме.
6. Какие возможны осложнения?
7. Можно ли делать профилактические прививки?
8. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

ЗАДАЧА

Ребенок Т., мальчик, от первой беременности, извлечен путем кесарева сечения. Женщина первородящая 34 года, имеет миопию тяжелой степени. Беременность протекала с угрозой выкидыша в 12 недель. Во второй половине беременности женщина лечилась в стационаре по поводу пиелонефрита. В сроке 38 недель беременности произведено плановое родоразрешение под общей анестезией. Извлечен мальчик, с массой тела 3100 г. в состоянии наркотической депрессии. Закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. К груди приложен на третьи сутки, сосал в родильном доме слабо.

Перенес ОРЗ в возрасте 8 дней после контакта с больной матерью. На пятый день заболевания состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 38,5 С. Отказывается от груди. Появилась одышка смешанного типа с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий до 70 в минуту, ЧСС 140 в минуту. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом, цианотичны. В легких при аускультации множественные рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Госпитализирован в отделение патологии новорожденных.

При обследовании в стационаре: на R-грамме легочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, местами сгущен, определяются многочисленные мелкоочаговые тени с обеих сторон. В анализе крови: НЬ - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,97, лейкоциты - $16 \times 10^9/л$, п - 12%, с - 64%, э - 2%, л - 22%, м - 10%, СОЭ-7 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Правильна тактика врача-педиатра на участке?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Проведите дифференциальный диагноз данной патологии.
7. Перечислите возможные осложнения.
8. Сформулируйте принципы патогенетической терапии данного заболевания.

ЗАДАЧА

Девочка поступила с педиатрического участка в возрасте 1 мес. с направительным диагнозом затянувшаяся конъюгационная желтуха. Из анамнеза известно, что ребенок родился от 1 - ой нормально протекавшей беременности и родов, весом 4100 г., длиной 52 см. Закричала сразу, приложена к груди в родильном зале, желтуха появилась на 3-е сутки (максимальный уровень непрямого билирубина составлял 210 мкмоль/л). Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки жизни. На первом месяце жизни интенсивность желтухи то снижалась, то нарастала. Стул стал редким, со склонностью к запорам.

При осмотре общее состояние средней тяжести. На грудном вскармливании, дефицита веса нет. На осмотр реагирует вяло, ребенок очень спокойный, временами безучастный. Крик малоэмоциональный, нет четкого зрительного сосредоточения. Мышечная гипотония. Отмечается низкий тембр голоса, макроглоссия, пастозность, истеричность кожных покровов. При пальпации кожа грубовата, сухая, холодная. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадикардии до 112 ударов в минуту. Живот увеличен в боковых размерах, несколько вздут, при пальпации мягкий во всех отделах. Печень выступает на 1,5 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

В общем анализе крови - Эр.- $4,09 \times 10^{12}/л$, Нб- 129 г/л, Лейкоциты- $6,5 \times 10^9/л$. В биохимическом анализе уровень непрямого билирубина 158 мкмоль/л, прямого - 12,6 мкмоль/л. НСГ: без патологии. ЭЭГ: данные биоэлектрической активности не соответствуют возрасту ребенка, нарушены процессы миелинизации.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо провести для его уточнения?
3. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
4. Назначить лечение.

ЗАДАЧА

Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность - срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала со рвотой беременных в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут, безводный период 2 часа. При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 гр. оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8 С. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар.

При осмотре ребенок возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы вялые, размером 5-10 мм, с венчиком гиперемии вокруг, легко снимаются. Температура тела 38⁰С.

В анализе крови - Нв -160 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты - $26 \times 10^9/л$, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м -6%, СОЭ -7 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Каковы причины заболевания ребенка?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Нужны ли консультации специалистов?
5. Изложите принципы ухода за ребенком.
6. Назначьте местное лечение.
7. Обоснуйте принципы терапии.
8. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

ЗАДАЧА

Ребенок М., мальчик, возраст 3 дня жизни, доставлен в отделение реанимации. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности. У матери во время беременности диагностирован бактериальный вагиноз. В 34 недели беременности отмечалось обострение хронического тонзиллита. Ребенок родился в срок с массой тела 2900 г. Околоплодные воды зеленые с неприятным запахом. Плацента увеличена в размерах, с наличием кальцификатов, признаками плацентита и дефектом тканей. Назначена антибактериальная терапия.

Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в отделение реанимации.

При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы бледные, с грязновато-желтушным оттенком, акроцианоз. Пупочная ранка влажная, с сукровичным отделяемым, пальпируются пупочные сосуды. Живот вздут, на гиперемированной коже передней брюшной стенки выражена венозная сеть. Внизу живота - пастозность. Вследствие резкого вздутия живота край печени пальпируется с трудом на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Стул скудный, зловонный с зеленью и прожилками крови.

В анализе крови - Нв 160 г/л, эритроциты $-4,6 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты $-28 \times 10^9/л$, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м- 6%, СОЭ -7 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Правильна ли тактика неонатологов родильного дома?
3. Назовите причины заболевания.
4. В какое отделение стационара должен быть госпитализирован ребенок?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные исследования потребуются?
7. Обоснуйте принципы ухода за ребенком.
8. Как должен вскармливаться больной?
9. Проведите дифференциальный диагноз.
10. Каковы принципы этиологической терапии в данном случае?
11. Обоснуйте патогенетическую терапию.

ЗАДАЧА

Девочка Н., 1 месяц. Поступила в отделение с жалобами матери на желтушность кожных покровов, неустойчивый стул с примесью зелени. Из анамнеза: от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, во второй – мама перенесла ОРЗ с высокой температурой (получала симптоматическое лечение). Роды в сроке 40 недель, быстрые. Масса тела при рождении 3500г, рост 51 см. Закричала сразу, приложена к груди в родзале. С трехдневного возраста появилась интенсивная желтуха. Через 2

недели после родов у мамы отмечен лактостаз. После этого через неделю у ребенка ухудшился стул – стал жидким с примесью зелени, без слизи, 4-5 раз в день. Пупочная ранка эпителизовалась плохо.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожный покров умеренно желтушный, склеры иктеричны. В естественных складках видны элементы потницы. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Дыхание через нос свободное, одышки нет, аускультативно определяется пуэрильное дыхание. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий при пальпации во всех отделах, безболезненный. Пупочная ранка с серозно-геморрагическим отделяемым. Пупочные сосуды не пальпируются. Печень увеличена на 1,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. На грудном вскармливании, аппетит хороший. Стул при осмотре оформленный, без патологических примесей, желтого цвета. Мочеиспускание свободное. Ребенок несколько вял, взгляд фиксирует плохо. Выявлена мышечная дистония, опора на кончики пальцев стопы.

Обследование: общий анализ крови - Нв 131 г/л, эритроциты $-4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,93, ретикулоциты – 2,4, лейкоциты $-28 \times 10^9/л$, п -10%, с -63%, э -1%, л -20%, м- 6%, СОЭ -7 мм/час.

Биохимический анализ крови – общий белок – 56 г/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, холестерин – 2,3 ммоль/л, АЛТ – 17 ед/л, САТ – 26 ед/л, тимоловая проба – 1,3 ед, непрямого билирубина – 152 мкмоль/л. Реакция Кумбса отрицательная.

После перевода ребенка на искусственное вскармливание интенсивность желтухи начала снижаться.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Какие дополнительные исследования потребуются?
4. Обоснуйте принципы терапии.
5. Как должен вскармливаться больной?
6. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА

Девочка поступила в стационар в 6 дней. Матери 26 лет, 1-ая беременность протекала с рвотой беременных в 1-ом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, в связи с чем назначен окситоцин. 1 период родов - 12 час, 2 период - 25 мин, безводный период – 10 час. Затруднение выведения плечиков. Масса при рождении - 4200 г, длина-54 см, ОГ-37 см, ОГК-37 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. После рождения ребенок беспокойный, гиперактивный. Мышечная дистония, объем движений в левой руке снижен. В роддоме ребенок получал: сернокислую магнезию, фенотропил, канамицин.

На 6-е сутки переведен в стационар. Состояние средней тяжести, кожа розовая с мраморным рисунком. БР=2 х 2 см. ЧМ иннервация без особенностей, рефлексы орального автоматизма+. Ладонно-ротовой, хватательный и Моро слева снижены. Мышечный тонус в руках снижен, в левой руке гипотония более выражена, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в локтевом и плечевом суставах, в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой левой мышцы не вызывается. Печень+1,5 см из под реберной дуги, стул желтый кашецеобразный.

Обследование:

Общий анализ крови - Нв – 221 г/л, Эр - $6,5 \times 10^{12}/л$, ЦП -0,97, лейкоциты - $7 \times 10^9/л$, п-

6%, с-56%, э-1%, л-30%, м-7%, СОЭ - 3 мм/ч. Общий билирубин – 98 мкмоль/л. НСГ: немногочисленные эхо-плотные включения в подкорковых ганглиях, повышенная эхогенность перивентрикулярных областей.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины, способствовавшие развитию патологии.
3. Назначьте лечение.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
6. Какова должна быть даль тактика ведения ребенка?
7. Каков прогноз в данном случае?

ЗАДАЧА

Ребенок К., мальчик, родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. В 16 недель беременности перенесла ОРЗ, лечилась домашними средствами. Во второй половине беременности диагностирована нефропатия беременных - отеки, патологическая прибавка в весе, подъем артериального давления до 145/90 мм рт.ст. На УЗИ в 26 недель беременности - признаки фетоплацентарной недостаточности. У женщины рахитически суженный таз. Масса тела ребенка при рождении 3900 г. Безводный период - 20 часов.

При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. На третьи сутки: отмечается беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Сухожильные рефлексы оживлены. Безусловные рефлексы снижены. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см., ballotирует, ограничено швами.

В общем анализе крови - Эр. $3,9 \times 10^{12}/л$, Нб 130 г/л, Лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины привели к развитию данного патологического состояния? 3. Какова тактика ведения ребенка в родильном доме?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Нужны ли дополнительные методы обследования?
6. Есть ли необходимость в консультации специалистов?
7. Требуется ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

ЗАДАЧА

Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортom). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток -13,5 часов. Околоплодные воды - прозрачные.

В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности

и застойное отделяемое по желудочному зонду.

При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул меконияльного характера. Диурез 3 мл/кг/час.

В анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $23 \times 10^9/л$, п - 12%, с - 62%, л - 16%, э - 2%, м - 8%, тромбоциты $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Изложите принципы выхаживания и терапии ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Какие возможны осложнения?
6. Можно ли делать профилактические прививки?

ЗАДАЧА

Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от 1 преждевременных (на 28 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении 890 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов.

Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько выросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы.

В анализе крови при рождении Hb - 160 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, с/я - 63%, п/я - 4%, л - 25%, э - 2%, м - 6%, тромбоциты - $160 \times 10^9/л$, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения - Hb - 140 г/л, эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, СОЭ - 4 мм/час. Сатурация 69%, глюкоза - 2,3 ммоль/л. На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете – тромбы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Изложите принципы выхаживания и терапии ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. Какие возможны осложнения?

ЗАДАЧА

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 5-й 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, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с непереваarenными комочками, прожилками слизи.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 186 г/л, Эр — $5,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,94, Лейк — $6,4 \times 10^9$ /л, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 45%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — много, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — 4-5 в п/з, цилиндры — нет, соли — кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?
9. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
10. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?
11. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
12. Как следует кормить этого ребенка?
13. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?
14. Какие периоды внутриутробного развития плода выделяют?

ЗАДАЧА

Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Дополнительные исследования:

Группа крови матери A(II) Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.

Общий анализ крови: НЬ — 196 г/л, Эр — $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. — 0,94, Лейк — $9,0 \times 10^9$ /л, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 47%, м -5%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямо́й — 140 мкмоль/л, прямо́й — нет, мочеви́на -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.
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты общего анализа мочи.
4. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
5. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
6. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?
7. Каков генез желтухи в данном случае?
8. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
9. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?
10. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?
11. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?
12. Как кормить этого ребенка?
13. Каков прогноз для этого ребенка?

ЗАДАЧА

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской

консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, 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 кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

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

Дополнительные исследования:

При дополнительном обследовании: *билирубин пуповинной крови* составил 105 мкмоль/л.

В *биохимическом анализе крови* новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.

НЬ периферической крови, определенный по cito, 149 г/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости?
6. Каков патогенез настоящего заболевания?
7. Какие группы крови Вы знаете?
8. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
9. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?
10. Назначьте и обоснуйте лечение.
11. Как должен вскармливаться этот ребенок?
12. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
13. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
14. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?
15. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?

ЗАДАЧА

Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 141 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,99, Лейк — $9,4 \times 10^9$ /л, п/я — 7%, с — 53%, э — 1%, л — 32%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок -54,4 г/л, билирубин: не прямой — 180 мкмоль/л, прямой — нет.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования?
4. Каков патогенез выявленных клинических симптомов?
5. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ребенка невропатологом?
6. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Как следует кормить этого ребенка?
9. Назначьте лечение.
10. Какие группы крови Вы знаете?
11. Чем следует делать заменное переливание компонентов крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор?
12. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
13. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?
14. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

ЗАДАЧА

Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи. Проводилась инфузионная и фототерапия.

При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка — на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 152 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты -6%, Ц.п. — 0,99, Лейк — $12,0 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 49%, э — 1%, л — 36%, м -8%, СОЭ — 2 мм/час.

Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямо́й — 328 мкмоль/л, прямо́й — 34 мкмоль/л, мочеви́на — 4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, АСТ — 65 ед., АЛТ — 71 ед., ЩФ — 350 ед.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты биохимического анализа крови.
5. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
6. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?

7. Можно ли было прогнозировать развитие этого заболевания гинекологами женской консультации?
8. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему?
9. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
10. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?
11. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему?
12. Назначьте лечение.
13. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?
14. Какова тактика ведения акушерами женщины после родов?

ЗАДАЧА

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период — 15 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-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 эпислон-аминокапроновая кислота. 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 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 исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 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: 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.

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

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4. Оцените результаты общего анализа крови.

5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6. Оцените результаты биохимического анализа крови.
7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
11. Назначьте лечение.
12. Каков прогноз у этого ребенка?
13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

ЗАДАЧА

Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов — 8 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с непереваarenными комочками. В неврологическом статусе — крик монотонный, большой родничок 2,0×2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 192 г/л, Эр — $5,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,98, Лейк — $12,5 \times 10^9$ /л, п/я — 10%, с — 56%, э — 1%, б — 1%, л — 29%, м — 3%, СОЭ — 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 62,0 г/л, билирубин: непрямо́й — 51 мкмоль/л, прямо́й — нет, мочеви́на — 3,3 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,1 ммоль/л, фосфор — 2,32 ммоль/л.

Нейросонограмма в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма — 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа — 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
 2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
- Возможные результаты?

3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Каковы особенности гематоэнцефалического барьера у новорожденного?
5. Какие компенсаторные механизмы развиваются при острой гипоксии у новорожденного?
6. Назовите состав спинномозговой жидкости новорожденного.
7. Нуждается ли данный больной в консультации окулиста? Если «да», то какие изменения возможны?
8. Назначьте лечение.
9. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга.
10. Каков прогноз для данного больного?
11. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара?
12. Назовите основные причины неонатальных судорог.

ЗАДАЧА

Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 12 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 0,005×2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы — 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 221 г/л, Эр — $6,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $8,2 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 56%, э — 1%, б — 1:, л — 30%, СОЭ — 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 98 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,0 ммоль/л, калий -6,0 м'моль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — 6 мм).

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга?
6. Назначьте лечение.
7. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер.
8. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС?
9. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?
10. Какие осложнения возможны?
11. Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности с детства?
12. Какие осложнения возможны со стороны глаз у новорожденного, перенесшего гипоксию?
13. К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?

ЗАДАЧА

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период — 7 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы — 35 см, грудной клетки — 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2×2 см, малый — 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови на 6-й день жизни: НЬ — 172 г/л, Эр -4,6х10¹²/л, Ц.п. — 0,94, тромб — 190,0х10⁹/л, Лейк — 10,0х10⁹/л, п/я — 1%, с — 30%, л — 54%, м — 15%, СОЭ — 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60,0 г/л, билирубин: общий — 310 мкмоль/л, непрямой — 298 мкмоль/л, прямой — 12 мкмоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий -141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность — мутная, белок — 1650 г/л, реакция Панда — +++, цитоз — 350 в 3 мкл: нейтрофилы — 25%, лимфоциты — 75%.

Вопрос:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного? О каком варианте можно думать в данном случае?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
4. Какова тактика гинеколога женской консультации при наблюдении таких женщин до и во время беременности?

5. Правильной ли была тактика ведения родов?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
8. Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?
9. Какие изменения на слизистой оболочке полости рта могут выявляться при этом заболевании?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
11. Какова лечебная тактика в этом случае?
12. Что включает специфическая терапия при данном заболевании? Каков механизм действия этих препаратов?
13. Показано ли такому ребенку проведение прививки БЦЖ?
14. Возможна ли профилактика этого заболевания?
15. Какова тактика диспансерного наблюдения такого ребенка после выписки из стационара?

ЗАДАЧА

Ребенок Н., 8 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная про-теинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком — 16 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 50 см, окружность головы — 36 см, грудной клетки — 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 6-й день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, судорожная готовность, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар.

При поступлении: состояние тяжелое, температура 39,0°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3×3 см, выполнен. Повышение мышечного тонуса, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, сердечные тоны учащены, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка — у реберного края. Стул желтого цвета, с непереваarenными комочками и прожилками слизи.

Дополнительные исследования:

Исследование спинномозговой жидкости: белок — 660 г/л, реакция Панди — +++, цитоз — 600 в 3 мкл: нейтрофилы — 30%, лимфоциты — 70%.

Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каков путь инфицирования можно предположить и почему?
3. Расскажите об особенностях гемато-энцефалического барьера у новорожденных детей.
4. Оцените результаты исследования ликвора.
5. Какие изменения на рентгенограмме можно выявить при данной патологии?
6. Какие изменения можно выявить при НСГ-исследовании?
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?

9. Какова тактика лечения данного больного?
10. Что понимают под менингеальной дозой антибиотиков?
11. Возможна ли профилактика этого заболевания?
12. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
13. Как следует проводить профилактические прививки в данном случае?

ЗАДАЧА

Девочка Р., 3 дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 34 лет. Беременность вторая (первая — выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлено повышение содержания сахара в крови, в третьем триместре имели место повышение артериального давления и отеки. Роды преждевременные на 36-й неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 13 часов, 2-й — 1 час, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см, окружность головы — 37,5 см, грудной клетки — 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Закричала после отсасывания слизи и проведения первичных реанимационных мероприятий.

После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Выражен общий отечный синдром. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 180 ударов в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. В родильном доме проводили инфузионную терапию с включением 10% растворов глюкозы и альбумина, 25% сернокислой магнезии внутримышечно. На 3-й день жизни ребенок переведен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, вялая, не кричит, периодически стонет, сосет вяло, срыгивает, поза «лягушки». Кожные покровы бледные, иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка без воспалительных явлений. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС — 152 в минуту, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка — у реберного края. В неврологическом статусе: ребенок вялый, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденного угнетены, при нагрузке появляется тремор подбородка.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 222 г/л, Эр — $6,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $10,2 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 56%, э — 1%, л — 33%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час.

Сахар крови: сразу после рождения — 2,5 ммоль/л, в возрасте 3 дней — 3,0 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок — 51,0 г/л, билирубин: непрямой — 270 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 5,0 ммоль/л, калий — 6,0 ммоль/л, натрий — 135 ммоль/л, кальций — 1,02 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какова динамика уровня сахара в крови новорожденного?

4. Оцените уровень сахара в крови данного ребенка.
5. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
6. Какие изменения можно выявить при ЭхоКГ-исследовании ребенка?
7. Какие изменения возможны на нейросонограмме?
8. Какие особенности могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости ребенка?
9. Каков механизм развития данного состояния у этого больного?
10. Какие осложнения возможны в течение этого заболевания?
11. Назначьте лечение. Каков прогноз у этого ребенка?
12. К какой группе здоровья относится этот ребенок?
13. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?
14. Как должна наблюдаться беременная с сахарным диабетом врачом женской консультации?

ЗАДАЧА

Мальчик А., 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 29 лет, страдающей вегетососудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38-й неделе, самостоятельные. 1-й период — 10 часов, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении — 3100 г, длина тела — 51 см, окружность головы — 34 см, грудной клетки — 33 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 4-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом «мокрой подушки». В срыгиваемых массах много слизи, примесь гноя. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспепсический. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 184 г/л, Эр — $5,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $10,8 \times 10^9$ /л, п/я — 7%, с — 56%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 165 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 6,1 ммоль/л, калий — 4,7 ммоль/л, натрий — 142 ммоль/л, кальций — 1,1 ммоль/л.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: в положении по Тренделенбургу выявляется затекание бариевой взвеси в пищевод. Пищевод расширен, стенки его утолщены.

Бактериологическое исследование срыгиваемых масс: получена культура *e.coli* и *enterobacter*, чувствительные к левомицетину, гентамицину и цефатаксиму.

Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
3. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
4. Какие изменения можно выявить при проведении эзофагогастрофиброскопии?
5. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
6. Оцените результат общего анализа крови.
7. Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
8. Что явилось показанием к проведению рентгенологического исследования?
9. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
10. Распишите диетотерапию в данном случае.
11. Каковы принципы медикаментозной терапии?
12. На чем основан выбор антибактериальной терапии?
13. Каков прогноз у этого ребенка?
14. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

ЗАДАЧА

Однояйцевые близнецы находятся в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность первая, протекала без патологии. Роды преждевременные, на 37-й неделе гестации, двойней. 1-й период родов — 8 часов 15 минут, 2-й — 30 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина — 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов; второго — 2600 г, 46 см и 7/7 баллов соответственно.

При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы ярко розовые, подкожно-жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы — умеренный синдром угнетения.

Дополнительные исследования:

При исследовании по *clto* периферической крови: у 1-го ребенка НЬ составил 146 г/л, Нt — 42%; у 2-го ребенка НЬ составил 233 г/л, Нt — 73%.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Что является критерием постановки диагноза при данной патологии?
3. Какие типы гемоглобина Вы знаете? Каковы особенности гемоглобина плода и новорожденного?
4. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
5. Каков патогенез выявленных изменений?
6. Какие изменения может выявить врач-акушер при осмотре плаценты?
7. Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ и чем они обусловлены?
8. Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?
9. О каких еще заболеваниях можно думать?
10. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
11. Можно ли проводить прививку БЦЖ этим детям?
12. Каков прогноз у этих детей?
13. К какой группе здоровья будут относиться эти дети после выписки?

ЗАДАЧА

У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34-й неделе беременности с массой тела 2270 г, ростом 44 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе 40 г, однократно была рвота «кофейной гущей».

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное — чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью.

В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1 x 1 см, не напряжен.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 150 г/л, Лейк — $26,3 \times 10^9/\text{л}$, миелоциты — 6%, метамиелоциты — 6%, п/я — 17%, с — 50%, л — 17%, м — 4%, СОЭ — 30 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 — 36,2 мм рт.ст., pCO_2 — 44,6 мм рт.ст., pH — 7,33, BE — -10,2 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок — 60,0 г/л, глюкоза — 5,5 ммоль/л, калий — 4,28 ммоль/л, натрий — 132,1 ммоль/л, кальций — 0,73 ммоль/л (ионизированный).

Посев на микрофлору: из зева — густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса — золотистый стафилококк.

Общий анализ мочи: реакция кислая, белок — 0,66%, лейкоц. — сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Рентгенограмма: в легких на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Ваш диагноз?
2. Какие клинические синдромы Вы можете выделить в течении заболевания у данного ребенка?
3. С чем связано появление геморрагического синдрома в данном случае?
4. Каков генез систолического шума у данного ребенка?
5. Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?
6. Какие инструментальные методы обследования необходимы?
7. Показана ли ребенку люмбальная пункция?
8. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.
9. В какой посиндромной терапии нуждается ребенок?
10. Какие препараты показаны для купирования геморрагического синдрома?
11. Какие могут быть осложнения основного заболевания у данного ребенка?
12. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?
13. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

ЗАДАЧА

У недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии, в возрасте 1 мес. 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения,

высовывание языка), выросла окружность головы (+6 см за 1 мес 10 дней). Исчезла двигательная активность в правой руке.

Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой оболочке полости рта трудно снимающийся белый налет. Дыхание — пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 40 в 1 минуту. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — +1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, селезенка +1 см. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ- 112 г/л, Эр — $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,89, Лейк - $10,3 \times 10^9$ /л, п/я — 2%, с — 33%, э — 3%, л — 52%, м — 10%, СОЭ — 15 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачность — мутная, лейкоциты — 10-12 в п/з, белка и глюкозы нет, много грибов рода *Candida*.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, цитоз -400/3: нейтрофилы — 16%, лимфоциты — 62%, моноциты — 22%, белок -2,08 г/л (норма — 0,49-0,80).

Посев ликвора на бактериальные среды: стерильный.

Посев ликвора на грибы: высеваются грибы рода *Candida albicans*.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в возрасте 1 мес. 10 дней.
3. Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать парез правой руки? Какое обследование и в какой срок после начала заболевания необходимо провести для диагностики?
6. Какой метод обследования необходимо повторять для контроля эффективности терапии?
7. Какие методы обследования показаны для выяснения этиологии судорожного синдрома?
8. Назначьте лечение.
9. В чем заключается профилактика данного заболевания?
10. Нужно ли изолировать данного ребенка?
11. Каков прогноз для жизни и здоровья у данного ребенка?
12. В консультации каких специалистов нуждается ребенок в настоящее время?

ЗАДАЧА

Девочка 25 дней, поступила в отделение патологии новорожденных с жалобами матери на срыгивания у ребенка, рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы тела, желтушность кожи.

Из анамнеза известно, что родители молодые, здоровые. Мать не переносит молоко, работает маляром. Беременность вторая, первый ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз — цирроз печени, энтероколит). Настоящая беременность протекала с токсикозом первой половины. Роды в срок, масса тела при рождении 3800 г, длина тела 55 см. На грудном вскармливании.

В возрасте 3 суток жизни появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, которое сохраняется до настоящего времени. С 14 дней жизни появилась рвота, частый жидкий зеленый стул, начала терять в весе.

При поступлении состояние тяжелое. Вялая. Определенности в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, отмечается акроцианоз. Пупочная ранка сухая. В легких пузырчатое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Живот вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами. На голенях плотные отеки.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Эр — $3,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9, рети-кулоциты — 2%, Лейк — $7,0 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 26%, л — 60%, м — 10%, СОЭ-10 мм/час.

Кал на кишечную группу: трижды отрицательный.

Анализ крови на внутриутробные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз — отрицательно.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 68 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, непрямой — 34 мкмоль/л, общий белок — 50,1 г/л, альбумины — 41,8%, α_1 -глобулины — 9,0%, α_2 -глобулины — 14,4%, β -глобулины — 16,8%, γ -глобулины — 26,8%, калий — 4,5 ммоль/л, натрий — 130 ммоль/л.

Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Каковы патогенетические механизмы развития этого заболевания?
3. Проанализируйте результаты исследования билирубина в крови.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
5. Какие патогенетические варианты заболевания Вам известны?
6. С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
7. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта?
8. При каких наследственных заболеваниях может отмечаться увеличение печени?
9. Назначьте лечение.
10. Консультации каких специалистов необходимы?
11. Прогноз.
12. Назначьте кормление.

ЗАДАЧА

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов — эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пузырчатое. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, печень

выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 180 г/л, Эр — $5,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,99, тромб — 270×10^9 /л, Лейк — $17,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты — 3%, п/я — 13%, с -57%, л — 24%, м — 3%, СОЭ — 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 52,4 г/л, билирубин: не прямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Какие грамположительные микроорганизмы Вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка?
9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
10. Можно ли купать ребенка?
11. Возможные исходы и прогноз.
12. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.
13. К какой группе здоровья относится данный новорожденный?
14. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?

ЗАДАЧА

Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность.

Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая — самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении — 2550 г, длина тела — 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое и ребенок был переведен в стационар.

При поступлении: состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица — страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела — $35,9^{\circ}\text{C}$. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемизированы, из ранки — скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке — явления склеремы. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры,

частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, Ps — 176 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка — на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе — арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок -2,5×2,5 см, напряжен.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 140 г/л, Эр — $4,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,9, тромб — $120,0 \times 10^9/л$, Лейк — $5,1 \times 10^9/л$, миелоциты — 4%, метамиелоциты — 18%, п/я — 21%, с — 20%, л — 18%, м — 19%, СОЭ — 6 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность — мутная, белок — 990 г/л, реакция Панди — +++++, цитоз — 5960 в 3 мкл: нейтрофилы — 82%, лимфоциты — 18%.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.
5. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка?
6. Какая этиология с большей вероятностью могла бы быть причиной данного заболевания?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты исследования ликвора.
9. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.
10. Назначьте лечение данному больному.
11. Какие исходы заболевания возможны?
12. Оцените группу здоровья новорожденного после выписки.
13. Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.
14. Как следует проводить профилактические прививки ребенку в случае благоприятного исхода?

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ – содержит реквизиты университета, название кафедры, ФИО ординатора с указанием группы и курса, ФИО, должность, звание и степень преподавателя. Пример оформления:

КРСУ

Зав.кафедрой: звание, степень, ФИО

Преподаватель: звание, степень,

ФИО История болезни

ФИО больного
Клинический диагноз
Куратор: ФИО ординатора, курс, группа

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия, имя, отчество.

Домашний адрес.

Дата заболевания.

Дата поступления.

Какой детский коллектив посещает.

Сведения о родителях (фамилия, имя, отчество, место работы)

1. Жалобы больного (на первом месте основные, затем общего характера)
2. Анамнез заболевания (с чего началось заболевание, как развивалось, какое лечение получал, каков эффект проводимого лечения).
3. Анамнез жизни (от какой беременности, исход предыдущих беременностей, как протекала беременность – заболевания матери соматические и инфекционные, вредные привычки, профессиональные вредности, полученное лечение, наличие гестоза раннего и позднего. Срок родов, наличие безводного периода, родостимуляция, акушерские пособия, тип предлежания плода. Оценка по Апгар, когда закричал, проводилась ли первичная реанимация новорожденного, сроки первого прикладывания к груди, появление желтухи, если таковая имелась, срок выписки из роддома. Психомоторное развитие ребенка на первом году и в дальнейшем. Перенесенные заболевания, аллергологический анамнез. Наследственность. Составление родословной).
4. Status praesens objectivus (данные объективного осмотра):
Соматический статус (по стандартной схеме)
Неврологический статус:
Состояние сознания, наличие общемозговой симптоматики.
Менингеальные симптомы.
Стигмы дисэмбриогенеза.
Форма черепа, состояние черепных швов и родничков. Черепные нервы (с 1 по 12 пары)
Двигательная сфера – поза ребенка, объем активных движений, если ходит указать тип походки, мышечный тонус, мышечная сила, наличие атрофий, их симметричность. Сухожильные рефлексы
Патологические рефлексы
Безусловные рефлексы новорожденных (если соответствуют возрасту)
Координаторная сфера
Вегетативные нарушения (функция тазовых органов, дермографизм, трофические расстройства)
Психомоторное развитие
5. Предварительный диагноз: выставляется на основании жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, выделения ведущих неврологических синдромов, установления топического диагноза, после чего указывается нозологическая форма.

6. План обследования больного (логически вытекает из предварительного диагноза, который нужно либо подтвердить, либо опровергнуть).
7. Результаты проведенного обследования (выписываются из истории болезни пациента).
8. Дифференциальный диагноз проводится с 2-3 сходными по клинике заболеваниями.
9. Назначаемое лечение (выписка рецептов с указанием рассчитанной дозы, способа и кратности введения препарата).
10. Клинический диагноз и его обоснование (использовать только необходимые данные, позволяющие поставить диагноз). Основной и сопутствующий диагнозы обосновываются отдельно.
11. Дневники (должны отражать динамику процесса, всего 2-3).
12. Выписной или этапный эпикриз (если больной продолжает находиться в стационаре) – указывается время пребывания в стационаре, клинический диагноз, жалобы, данные объективного осмотра, проведенное обследование, лечение, эффект от проведенного лечения. Рекомендации.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

(текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки, глубина и полнота раскрытия вопроса	0-30
3	Умение объяснять, делать выводы и обобщения при ответе	0-30
4	Логичность и последовательность ответа	0-15
5	Умение отвечать на дополнительные вопросы	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (текущий контроль)

Наименование показателя	Отметка (в %)
Правильность сбора жалоб и анамнеза	0-20
Правильность объективного обследования новорожденного	0-20
Правильность интерпретации имеющихся лабораторно-инструментальных методов исследования	0-10
Правильность назначения дополнительного обследования	0-10
Правильность постановки клинического диагноза, согласно общепринятым классификациям	0-20
Правильность назначения и обоснование лечения	0-20
Всего	сумма баллов: 100%

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (текущий контроль)

Наименование показателя	Отметка (в %)
Заполнение паспортной части	0-5
Жалобы (описание)	0-5
Анамнез заболевания (описание)	0-10

Анамнез жизни (описание)	0-5
Описание объективного статуса новорожденного	0-15
Постановка предварительного диагноза	0-10
Назначение план обследования больного и интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования	0-10
Проведение дифференциального диагноза	0-10
Определение тактики медикаментозного и не медикаментозного лечения	0-10
Постановка клинического диагноза	0-10
Ведение дневников наблюдения	0-5
Оформление этапного, выписного эпикризов	0-5
Всего	сумма баллов: 100%

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		
1	Соответствие теме	0-15
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-15
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-10
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5

	Всего баллов	100
--	---------------------	-----

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильный ответ – 5 процентов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый зачет)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ (задача) учитываются следующие критерии:

Отметкой **(26-30 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- выделяет самостоятельно ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и знает физиологическую норму;
- грамотно формулирует клинический диагноз, согласно классификации;
- правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- правильно выбирает тактику лечения.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Оценкой **(20-25 баллов)** оценивается ответ, при котором ординатор:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- выделяет не все ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования; - правильно выбирает тактику лечения.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Оценкой (15-19 баллов) оценивается ответ, при котором ординатор:

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- не достаточно хорошо выделяет ведущие синдромы из данных объективного обследования пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз;
- не совсем правильно назначает дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования;
- неправильно выбирает тактику лечения.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Оценкой (0 баллов) оценивается ответ, при котором ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу и интерпретировать лабораторные исследования.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ»

Курс 2, семестр 3, ЗЕ – 2, Отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Доношенные и недоношенные дети. Угрожаемые состояния плода	Текущий	Устный опрос Курация больных Написание историй болезни Посещаемость: <i>за каждый пропущенный и не отработанный день снимается 3 балла.</i>	15	25	6 недель
	Рубежный	Тестирование	5	10	
Модуль 2					
Заболевания периода новорожденности	Текущий	Устный опрос Курация больных Написание историй болезни Написание реферата Посещаемость: <i>за каждый пропущенный и не отработанный</i>	15	25	7 недель

		день снимается 3 балла.			не
	Рубежный	Тестирование	5	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Ситуационная задача		20	30	
Семестровый рейтинг по практике			60	100	