

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

Балмушев
« 05 »



Номер внутриуниверситетской регистрации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.18

(неонатология)

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА
на заседании кафедры педиатрии

Зав. кафедрой (_____)

« ____ » _____ 20__ г.

Бишкек 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	12
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	12
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	21
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	83
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	168

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

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

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

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

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

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

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми;

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

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

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

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

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.18 РФ, 075 – КР – «Неонатология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.18 РФ, 075 – КР – «Неонатология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1061.

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи, в отделении неотложной неонатологии.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования новорожденных по следующей схеме:

- Паспортные данные
- Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы.
- Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение, проведенное лечение, причины госпитализации.
- Анамнез жизни. Подробно собирается акушерско-гинекологический анамнез матери, течение родов и неонатального периода.
- Объективное исследование общего состояния. Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации органов и систем. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.
- Предварительный диагноз.
- Лабораторные и дополнительные исследования.

- Клинический диагноз и его обоснование.
- Дифференциальный диагноз. Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.
- Лечение, рецептура.
- Оценка эффективности лечения.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.18 Неонатология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.18. Неонатология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - неонатолога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильный ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование новорожденного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой *отлично* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы.
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые в неонатальной практике.
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний.
- Организовывает необходимую и адекватную неонатальную помощь.
- Быстро и профессионально оказывает неотложную помощь новорожденному ребенку.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние новорожденного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования новорожденных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных неонатальных методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе неонатальной помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения.

- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые в неонатальной практике.
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний.
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную неонатальную помощь.
- Не вполне профессионально оказывает неотложную помощь новорожденному ребенку.
- Достаточно хорошо оценивает состояние новорожденного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования новорожденных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных неонатальных методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе неонатальной помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения.
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые в неонатальной практике.
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний.
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную неонатальную помощь.
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную помощь новорожденному ребенку.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние новорожденного и не достаточно привлекает специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования новорожденных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных неонатальных методик исследования, а также

методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе неонатальной в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам неонатологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (первичная реанимация в родильном зале, купирование боли, различные виды адекватной респираторной поддержки, неотложная помощь при различных видах шока, комах и т. д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза.
2. Правильность выбора алгоритма действий.
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики.
4. Правильность назначения тактики лечения.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в неонатальном периоде.
- Клиническую анатомию и физиологию органов в неонатальном периоде.
- Методики исследования состояния и функций органов новорожденного ребенка.
- Симптоматологию заболеваний в неонатальном периоде.

- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в неонатальном периоде.
- Клиническую анатомию и физиологию органов в неонатальном периоде.
- Методики исследования состояния и функций органов новорожденного ребенка.
- Симптоматологию заболеваний в неонатальном периоде.
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных процессов в неонатальном периоде.
- Клиническую анатомию и физиологию органов в неонатальном периоде.
- Методики исследования состояния и функций органов новорожденного ребенка.
- Симптоматологию заболеваний в неонатальном периоде.
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности «Неонатология».

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач-неонатолог» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач-неонатолог». Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

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. Понятие живорожденности, выкидыша, мертворожденности.
4. Младенческая смертность и факторы, ее определяющие.
5. Структура перинатальной смертности (антенатальная, интранатальная и ранняя неонатальная). Мертворождаемость.
6. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Методы проведения анализа перинатальной смертности. Основные пути снижения перинатальной смертности.
7. Организация пренатальной диагностики состояния плода. Медико-генетическое консультирование. Профилактика и лечение заболеваний плода в пренатальном периоде.
8. Неонатологическая служба в специализированных родильных домах. Перинатальные центры.
9. Отделения патологии доношенных детей. Отделения патологии и выхаживания недоношенных детей.
10. Транспортировка новорожденных в лечебные стационары. Принципы выписки новорожденных из родильных домов и стационаров на участок.
11. Санитарно-эпидемиологический режим родильных домов и отделений новорожденных в стационарах. Эпидемиология и профилактика внутригоспитальной инфекции в детских отделениях родильных домов и стационаров для новорожденных.
12. Организация работы педиатрической службы в ЦСМ (задачи, основные разделы работы). Организация профилактической работы со здоровым ребенком. Медицинская помощь на дому.

13. Дородовый патронаж. Первичный патронаж новорожденного. Периодичность посещения ребенка врачом и медицинской сестрой на дому.
14. Особенности диспансеризации новорожденных детей. Организация обслуживания новорожденных с поражениями нервной системы.
15. Организация экспертизы трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях. Основные положения о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную не трудоспособность граждан.
16. Группы инвалидности, критерии их установления. Причины инвалидности.
17. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком и ребенком-инвалидом.
18. Медицинская этика и деонтология. Психологические и характерологические качества врача.
19. Взаимоотношения врача-неонатолога с родителями больного ребенка. Взаимоотношения в медицинском коллективе.
20. Периодизация антенатального периода.
21. Физиология беременности. Оплодотворение и эмбриогенез. Изменения в организме женщины в связи с беременностью. Критические периоды внутриутробного развития.
22. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Развитие нервной системы. Развитие бронхолегочной системы. Развитие сердечно-сосудистой системы. Развитие пищеварительной системы.
23. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Развитие эндокринной системы. Особенности кроветворения у плода. Развитие мочевыделительной системы.
24. Влияние различных неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода.
25. Диагностика внутриутробного состояния плода. Основные методы, используемые в акушерстве для определения внутриутробного состояния плода.

26. Физиологические роды. Биомеханизм родов. Роль плода в нормальном течении родового акта. Современные методы наблюдения и оценки состояния плода в родах.
27. Патология родового акта и ее влияние на плод. Аномалии родовой деятельности. Акушерские и оперативные вмешательства в процессе родов.
28. Сравнительная характеристика недоношенного, доношенного, переношенного и незрелого ребенка.
29. Первичный туалет новорожденного. Методы обработки пуповины.
30. Оценка состояния новорожденных при рождении. Шкала Апгар. Шкала Ballard. Оценка гестационного возраста, физического развития и состояния органов и систем новорожденного при рождении.
31. Пограничные состояния новорожденных. Особенности адаптации новорожденного.
32. Особенности строения кожи и подкожно-жировой клетчатки. Оценка состояния пупочной ранки и методы ее обработки.
33. Особенности нервной системы у доношенного новорожденного. Оценка неврологического статуса.
34. Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения доношенного ребенка. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переходное кровообращение.
35. Уход за новорожденным ребенком. Вскармливание здорового новорожденного ребенка.
36. Показания и противопоказания к вакцинации доношенных новорожденных.
37. Лактогенез. Уход за грудной железой. Причины гипогалактии.
38. Совместное пребывание матери и ребенка. Преимущества исключительно грудного вскармливания. Больницы «доброжелательного отношения к ребенку».
39. Преимущества естественного вскармливания, 11 принципов.
40. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Характеристика недоношенного ребенка.

41. Уход за недоношенным ребенком. Тепловой режим. Особенности ухода за кожей и слизистыми. Массаж и гимнастика.
42. Недоношенные дети с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Причины. Особенности выхаживания и вскармливания. Реабилитация.
43. Вскармливание недоношенных детей. Начало кормления. Частота кормлений. Методы расчета питания. Методы проведения вскармливания. Особенности вскармливания детей с экстремально низкой массой тела.
44. Показания и противопоказания к вакцинации недоношенных новорожденных.
45. Выхаживание недоношенных детей на 1 и 2 этапах. Тепловая цепочка. Метод «Кенгуру».
46. Особенности физиологических (пограничных) состояний у недоношенных детей. Клинические проявления. Мероприятия по профилактики и коррекции.
47. Переносенный ребенок, его характеристика.
48. Гамето-, бластопатии. Причины, клиника, лечение.
49. Понятие об эмбрио- и фетопатиях. Особенности клинических проявлений. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Течение и исходы. Принципы лечения.
50. Угрожаемые состояния плода. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Критерии живорожденности. Основные критерии перинатальной асфиксии по ААР.
51. Причины острой и хронической гипоксии плода. Патогенез. Клиника внутриутробной гипоксии плода. Лечение. Профилактика.
52. Асфиксия новорожденного. Этиология, патогенез. Классификация. Основные критерии оценки степени тяжести.
53. Клинические проявления асфиксии новорожденного. Оценка состояния по шкале Апгар. Степени асфиксии.
54. ABCD–реанимация новорожденного (ВОЗовские рекомендации). Лечение в восстановительном периоде. Профилактика.
55. Состояния при которых не следует проводить реанимацию новорожденных.

56. Понятие родовой травмы. Классификация. Причины. Патогенез.
57. 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.
58. 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.
59. Акушерские параличи. Этиология, клиника, лечение.
60. Спинальные родовые травмы. Клиника частичного и полного разрыва спинного мозга. Лечение. Профилактика.
61. Переломы конечностей и разрывы внутренних органов у новорожденных. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
62. Перинатальная энцефалопатия. Синдром двигательных нарушений. Этиология, клиническая картина, лечение.
63. Перинатальная энцефалопатия. Гидроцефальный синдром. Этиология, клиника, лечение.
64. Перинатальная энцефалопатия. Судорожный синдром. Этиология, клиника, лечение.
65. Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты. Менингоэнцефалиты. Клиника, диагностика, лечение.
66. Дополнительные методы обследования новорожденного с поражением центральной нервной системы (ликворологическое исследование, нейросонография (НСГ), КТ, МРТ, основы ЭЭГ).
67. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР). Определение. Причины. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз внутриутробной гипотрофии и недоношенности. Лечение. Особенности вскармливания. Профилактика.
68. Билирубиновый обмен в норме и патологии. Классификация желтух. Дифференциальная диагностика.

69. Неонатальные желтухи. Этиопатогенез и клинические особенности гемолитических, конъюгационных, паренхиматозных и обструктивных желтух.
70. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез.
71. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клинические формы и проявления болезни.
72. Гемолитическая болезнь новорожденных. Клиника ядерной желтухи.
73. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика. Картина крови. Лечение. Показания к заменному переливанию компонентов крови. Профилактика.
74. Билирубиновая энцефалопатия. Тактика наблюдения и лечения. Критерии опасной желтухи новорожденного. Оценка риска развития опасной желтухи (шкала Bhutani). Методы лечения. Прогноз. Реабилитация.
75. Дифференциальная диагностика и прогноз неонатальных желтух гемолитического, конъюгационного, паренхиматозного и обструктивного генеза.
76. Конъюгационные желтухи. Дифференциальная диагностика.
77. Пневмопатии у новорожденных детей. Понятие о синдроме дыхательных расстройств. Причины. Патогенез.
78. Оценка дыхательных нарушений по шкале Даунса и Сильвермана. Степени тяжести.
79. Клинические формы синдрома дыхательных расстройств. Диагноз. Лечение. Профилактика.
80. Неонатальные пневмонии. Причины. Понятие о внутриутробной и поздней пневмонии. Клинические проявления. Диагноз. Лечение.
81. Респираторная поддержка новорожденных. Осложнения. Виды мониторинга.
82. Синдром массивной аспирации меконием, околоплодными водами и кровью. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
83. Внутриутробные инфекции (ВУИ). Структура ВУИ. Этиология ВУИ на современном этапе. Факторы риска развития заболевания. Патогенез. Классификация. Кардинальные клинические симптомы ВУИ.

84. ВУИ вирусной этиологии. Цитомегаловирусная инфекция. Герпетическая инфекция. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
85. ВУИ вирусной этиологии. Краснуха. ВИЧ-инфекция. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
86. ВУИ бактериальной этиологии. Токсоплазмоз. Листерия. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Бактериологические и серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
87. ВУИ бактериальной этиологии. Микоплазмоз. Хламидиоз. Сифилис. Возбудитель. Пути распространения. Клинические проявления. Бактериологические и серологические методы исследования. Лечение. Профилактика.
88. Сепсис у новорожденных детей. Эпидемиология. Этиология на современном этапе. Патогенез. Классификация.
89. Сепсис у новорожденных детей. Клиника. Диагноз. Картина крови. Роль бактериологического и иммунологического методов исследования крови в диагностике сепсиса.
90. Сепсис у новорожденных детей. Принципы лечения. Правила назначения антибактериальной терапии. Санация первичного и метастатических гнойных очагов. Прогноз. Профилактика.
91. Особенности течения сепсиса у недоношенных детей. Принципы лечения. Прогноз. Профилактика.
92. Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных. Этиологические факторы. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.
93. Локальные гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Заболевания пупочного канатика и пупочной ранки у новорожденных. Клиника. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
94. Пузырчатка новорожденных, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.

95. Патология пупка, пуповинного остатка и пупочной ранки. Неинфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки.
96. Кожный пупок. Амниотический пупок. Пупочная грыжа. Грыжа пупочного канатика. Свищи пупка.
97. Омфалит. Классификация, клиника, лечение.
98. Профилактика гнойно-септических заболеваний в родильном доме.
99. Приобретенные неинфекционные состояния и заболевания кожи. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Склерема.
100. Врожденные заболевания кожи. Клиника, диагностика, лечение.
101. Схема гемостаза. Классификация и дифференциальная диагностика геморрагических неонатальных заболеваний.
102. Геморрагическая болезнь новорожденных детей. Причины. Патогенез. Клинические формы.
103. Дифференциальная диагностика истинной и ложной мелены.
104. Геморрагическая болезнь новорожденных детей. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
105. Особенности крови, кроветворения периода новорожденности.
106. Анемии у новорожденных. Классификация, клиническая картина, лечение.
107. Анемии недоношенного ребенка. Клиническая картина, лечение.
108. Фето-фетальные трансфузии у новорожденных. Этиология, клиническая картина, диагностика, лечение.
109. ДВС-синдром. Этиопатогенез, клиническая картина, лечение.
110. Эндокринопатии новорожденных детей. Причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
111. Врожденный гипотиреоз. Клиническая картина, лечение.
112. Адреногенитальный синдром, клиническая картина, лечение.
113. Диабетическая фетопатия. Особенности клиники, диагностика, лечение.
114. Болезнь Дауна и другие наследственные заболевания. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

115. Пороки развития ЖКТ у новорожденных. Основные клинические проявления.
116. Кишечная непроходимость. Виды. Клинические проявления. Лечение.
117. Синдром мальабсорбции. Лактазная недостаточность. Муковисцидоз. Клинические проявления.
118. Синдром рвоты и срыгивания. Клиническая картина, дифференциальный диагноз, лечение.
119. Пилороспазм и пилоростеноз. Причины, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
120. Некротический энтероколит у новорожденных. Причины, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
121. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
122. Диагностика и неотложные мероприятия при врожденных пороках развития, обуславливающих синдром асфиксии у новорожденных.
123. Воспалительные заболевания миокарда (миокардиты) у новорождённых. Причины, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
124. Кардиомиопатии у новорожденных. Причины, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
125. Принципы организации службы реанимации и интенсивной терапии на этапах лечения и выхаживания новорожденных детей. Санитарно-эпидемиологический режим палат, отделений (центров) реанимации и интенсивной терапии новорожденных.
126. Организация ухода и вскармливание новорожденных, находящихся в критическом состоянии.
127. Основные принципы реанимации новорожденных. Схема реанимации новорожденных в родильном зале.
128. Клиника, диагностика и лечение острой дыхательной недостаточности.
129. Клиника, диагностика и лечение острой сердечной недостаточности.
130. Клиника, диагностика и лечение острой надпочечниковой недостаточности.
131. Клиника, диагностика и лечение острого поражения почек.

132. Клиника, диагностика и лечение острой кровопотери.
133. Синдром охлаждения. Гипертермический синдром. Лечение.
134. Синдром полицитемии. Лечение.
135. Синдром обезвоживания. Острые нарушения электролитного обмена. Острые нарушения кислотно-основного состояния. Лечение.
136. Гипогликемический синдром. Лечение.
137. Восстановление и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. Метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением (СРАР). Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Заместительная терапия экзогенными сурфактантами.
138. Шок у новорожденных. Виды шока. Основные причины. Клинические проявления.
139. Диагностика шока. Основные принципы терапии шока.
140. Парентеральное питание у новорожденных. Показания. Препараты, используемые для проведения парентерального питания.
141. Алгоритм расчета парентерального питания и инфузионной терапии у новорожденных детей при неотложных состояниях.
142. Боль у новорожденных детей. Причины. Профилактика боли.
143. Оценка боли у новорожденного. Клинико-диагностический алгоритм ведения новорожденного с болью.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

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 неперевавшими 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 рефлекссы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Дополнительные исследования:

Группа крови матери А(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: непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины -4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, АЛТ — 25 ммоль/л, АСТ — 18 ммоль/л

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
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.

НБ 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 А(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: непрямой — 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 А(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямой — 328 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, мочевины — 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 эписилон-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, P_c 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевааренными 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: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 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 серноокислой магниезией 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. Сухожильной 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 -4,6x10¹²/л, Ц.п. — 0,94, тромб — 190,0x10⁹/л, Лейк — 10,0x10⁹/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 неперевавленными 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 левомецетину, 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 эзофагогастрофиб-роскопии?

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

Однородные 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 $clt\alpha$ 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 голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1 x 1 см, не напряжен.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 150 г/л, Лейк — $26,3 \times 10^9$ /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%, лейкоциты — 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 кнаружи 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. Опрелости в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы иктеричные, отмечается акроцианоз. Пупочная ранка сухая. В легких пуэрильное 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 голених плотные отеки.

Дополнительные исследования:

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

Кал на кишечную группу: трижды отрицательный.

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

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 68 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, непрямой — 34 мкмоль/л, общий белок — 50,1 г/л, альбумины — 41,8%, а₁-глобулины — 9,0%, а₂-глобулины — 14,4%, в-глобулины — 16,8%, у-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 пуэрильное. 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: 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. 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°C. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, 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. Ау-скультативно 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, тромбоциты — $120,0 \times 10^9$ /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?

ЗАДАЧА

Девочка П., от второй беременности, протекавшей с вегето-сосудистой дистонией по гипотоническому типу, анемией (первые роды на 42-й неделе гестации). 1-й период родов — 8 часов, 2-й — 45 минут, безводный промежуток — 9 часов, околоплодные воды мекониальные. Вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином. Плацента с множественными петрификатами. Двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки — 33 см. Оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты жизни — 3 балла.

После проведенной в возрасте 20 минут первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные с

цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева — звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 168 ударов в 1 минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

Дополнительные исследования:

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 — 42 мм рт.ст., pCO_2 — 78 мм рт.ст., pH — 7,18, BE — -18 ммоль/л, AB — 8 ммоль/л, SB — 9 ммоль/л, BB-19ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назовите предрасполагающие факторы.
3. Каков патогенез этого заболевания?
4. Какие анатомо-физиологические особенности грудной клетки имеются у новорожденного?
5. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Что можно сделать для предупреждения этого заболевания?
8. Какова тактика неонатолога в ходе первичной реанимации?
9. Какими должны быть лечебные мероприятия по окончании первичной реанимации?
10. Какие показания к ИВЛ Вы можете назвать и есть ли они в данном случае?
11. Какие осложнения возможны при проведении ИВЛ?
12. Чем может осложниться данное заболевание и почему?
13. Как следует проводить профилактические прививки ребенку при благоприятном исходе?

ЗАДАЧА

Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, 1-й период родов — 13 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом.

Масса тела при рождении 2850 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, и для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звука, аускультативно — дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Ps 170 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Дополнительные исследования:

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

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

Иммуноглобулины: IgG — 1200 мг% (норма 400-1450 мг%), IgM -80 мг% (норма 0).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. На каком сроке внутриутробного развития идет активное формирование альвеол?
4. Каково соотношение частоты дыхания и пульса у новорожденного ребенка?
5. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме у этого ребенка?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

7. В консультации каких специалистов нуждается данный ребенок?
8. Что лежит в основе классификации дыхательной недостаточности?
9. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
10. Назначьте лечение.
11. Чем обусловлен выбор антибиотика при лечении внутриутробных пневмоний?
12. Назовите антибиотики, наиболее эффективные при лечении внутриутробной пневмонии.

ЗАДАЧА

Мальчик Ю., 1 месяца, находится в стационаре.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период — 8 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см, окружность головы — 35 см, грудной клетки — 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни. Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе за первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы — 40 см, грудной клетки — 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный — на 0,2 см, большой родничок 4×4 см, выполнен, малый родничок — 0,5×0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка — на 1 см.

Дополнительные исследования:

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность — мутная, белок — 1660 г/л, цитоз — 32 в 3 мкл: нейтрофилы — 5%, лимфоциты — 27%.

РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка — 1:64, у матери - 1:192.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какие существуют пути инфицирования плода и новорожденного?
4. Каков путь передачи возбудителя в данном случае?

5. Расскажите патогенез этого заболевания.
6. Оцените результаты исследования ликвора.
7. Какие изменения можно выявить при нейросонографии и чем они обусловлены?
8. Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмологическом исследовании?
9. Какие изменения могут быть выявлены при УЗИ органов брюшной полости?
10. Каковы принципы лечения данного заболевания?
11. С участием каких специалистов должен наблюдаться ребенок в поликлинических условиях?
12. К какой группе здоровья будет относиться этот ребенок после выписки?
13. Каков календарь профилактических прививок у этого ребенка?

ЗАДАЧА

Девочка Ш., 2 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 23 года. Беременность вторая (первая закончилась срочными родами, ребенку 4 года), на учете в женской консультации наблюдалась с 30 недель. Во время настоящей беременности при сроке 8-9 недель отмечалась необильная мелкоточечная сыпь в течение 2 дней и боль в области шеи. В это же время в детском саду, который посещает старший ребенок, отмечалась эпидемия краснухи. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, от стационарного лечения отказывалась. Роды II, преждевременные, на 35-36-й неделе. 1-й период — 5 часов, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 7 часов 30 минут, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 2150 г, длина тела 43 см, окружность головы — 28 см, грудной клетки — 29 см.

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

На 2-й день жизни состояние очень тяжелое, адинамия, арефлексия, резкая мышечная гипотония. Микрофтальмия. Кожные покровы бледные в виде «пирога с ежевикой» (множественные голубые пятна). На этом фоне отмечается петехиальная сыпь. В легких дыхание ослаблено. При аускультации над областью сердца выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Живот увеличен в размере, печень и селезенка прежних размеров.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 144 г/л, Эр — $4,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,9, тромб — $95,0 \times 10^9$ /л, Лейк — $7,1 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 49%, э — 1%, л — 32%, м -12%, СОЭ-4 мм/час.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Чем характеризуется классическая триада Грегга?
4. Как должны наблюдаться гинекологом женской консультации беременные женщины в схожей ситуации?
5. Чем обусловлены изменения на коже при данной патологии?
6. Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмологическом исследовании?
7. Какие изменения можно выявить при УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены?
8. Какие изменения могут быть выявлены при проведении нейросонографии?
9. Какие изменения можно выявить при ЭхоКГ при данном заболевании?
10. Какова тактика лечения больного?
11. Как должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике после выписки?
12. К какой группе здоровья следует отнести этого ребенка после выписки?
13. Каков календарь профилактических прививок будет у этого ребенка?
14. Что такое эмбрио- и фетопатии? Чем они характеризуются?

ЗАДАЧА

Мальчик О., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 21 года. Беременность первая, в первом триместре у женщины отмечался подъем температуры до 38°C в течение 2 дней, заболевание сопровождалось мелкой розовой сыпью на туловище и конечностях, к врачу не обращалась. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении 2750 г, длина тела 48 см, закричал после отсасывания слизи, крик слабый, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов, окружность головы — 32 см, грудной клетки — 33 см. На коже туловища, конечностей отмечалась геморрагическая сыпь в виде петехий и мелких экхимозов. Над областью сердца на верхушке выслушивался грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступала из-под

края реберной дуги на 3 см, селезенка — на 1 см. При осмотре выявлена катаракта.

В течение последующих суток состояние было тяжелым, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, одышка. Отмечалась выраженная гипотония, гипорефлексия, пастозность тканей, отечность внизу живота. Печень и селезенка прежних размеров.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. В какой период внутриутробного развития плода могли возникнуть выявленные изменения?
3. Какие периоды внутриутробного развития плода Вы знаете, и чем они характеризуются?
4. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
5. Назовите возможные причины появления геморрагической сыпи у этого ребенка.
6. Какие результаты можно ожидать при проведении ЭхоКГ?
7. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены?
8. Что такое классическая триада Грегга?
9. Возможно ли назначение этиопатогенетического лечения данному ребенку? Какие результаты лечения можно ожидать?
10. Возможна ли была внутриутробная диагностика этого заболевания? Как следует наблюдать женщину в схожей ситуации врачу женской консультации?
11. Показано ли проведение БЦЖ данному ребенку?
12. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?
13. С участием каких специалистов должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике?

ЗАДАЧА

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортом без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период — 3 часа, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1900 г, длина тела 45 см, окружность головы — 29 см, грудной клетки — 26 см. В родильном блоке

проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску.

Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. Пальпируются множественные шейные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции диаметром до 1-1,5 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка — на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита.

Дополнительные исследования:

Кровь матери: реакция Вассермана +++++.

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

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. О каком пути инфицирования можно говорить в данном случае?
5. Оцените результаты общего анализа крови.
6. Какие изменения могут быть выявлены при рентгенологическом исследовании трубчатых костей?
7. Какие изменения со стороны ЛОР-органов могут быть выявлены при осмотре специалиста?
8. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
9. Какие клинические формы врожденного сифилиса выделяют и чем они характеризуются?
10. Составьте план лечения.
11. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?
12. С участием каких специалистов должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике?

13. Как такому ребенку следует проводить профилактические прививки?

ЗАДАЧА

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

Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена сразу после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась желтушность кожи.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Физиологические рефлексy вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа чистая, умеренно иктеричная, пупочная ранка без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, живот мягкий, безболезненный, печень по правой передне-подмышечной линии 1 см; по правой среднеключичной 1 см; по срединной 1/3, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета.

Дополнительные исследования:

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

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с обоснованием.
2. Какова этиология желтухи в данной задаче?
3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорожденного.
4. Какие показания для консультации новорожденного с желтухой.
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?

ЗАДАЧА

Мальчик, 1-ые сутки жизни, находится в родильном доме.

У матери А (II) Rh-отрицательная группа крови. Первая беременность закончилась срочными родами 3 года назад.

Настоящая беременность вторая, протекала с угрозой прерывания, гемо-динамическими нарушениями 1 А степени. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 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:

Общий 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.

Hb периферической крови, определенный сразу после рождения, 129 г/л.

Вопросы:

1. Поставить диагноз и обосновать.
2. Назначьте дополнительное обследование для уточнения диагноза.
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Напишите план диспансерного наблюдения ребенка в детской поликлинике.

ЗАДАЧА

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

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание 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: Нб - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромбоциты - $310,0 \times 10^9$ /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. Обоснуйте диагноз, укажите факторы риска развития заболевания.
2. Тактика врачей родильного дома.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз данного случая?
4. Назначьте лечение.
5. Тактика диспансерного наблюдения, как провести вакцинацию на первом году жизни?

ЗАДАЧА

Девочка 3., 14 дней, от второй, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 5-е сутки жизни. Дома имела контакт с больным ОРВИ. В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизистое отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до $37,4^{\circ}\text{C}$. Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: подъем температуры до $38,0^{\circ}\text{C}$, стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован.

При осмотре обращают внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, не обильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 70 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука - ослабленное, там же на высоте вдоха выслушиваются крепитация. Границы относительной сердечной тупости: прав. - по прав. парастернальной линии, лев. - на 1,5 см

кнаружи от левой средне-ключичной линии, верх. - второе ребро. Тоны сердца приглушены, ЧСС 170 в мин. Живот вздут, печень +1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы снижены.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: Нв - 174 г/л. Эр - $5,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб - $268,0 \times 10^9/л$, Лейк - $7,1 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с - 61%, э - 1%, л - 19%, м - 9%. СОЭ - 4 мм/час. Кислотно-основное состояние крови: рО₂ - 60 мм рт.ст., рСО₂ - 72 мм рт.ст., рН - 7,3, ВЕ - -8 ммоль/л, АВ - 14 ммоль/л, SB - 12 ммоль/л, BB - 29 ммоль/л.

Иммунофлюоресцентный анализ мазка из носоглотки: положительная реакция с вирусом парагриппа.

Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка справа в S6-S7 выявляется участок инфильтративного затемнения легкого.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.
5. Перечислите показания для госпитализации детей с острой пневмонией.

ЗАДАЧА

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза: ребенок от матери 18 лет. Беременность вторая (первая закончилась медицинским абортом без осложнений), протекала с угрозой прерывания во втором и третьем триместрах. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды первые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период - 3 часа, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1900 г, длина тела 45 см, окружность головы - 29 см, грудной клетки - 26 см. В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску.

Состояние при рождении тяжелое, поза «лягушки», выражены лануго, низкое расположение пупочного кольца. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Тепло удерживает плохо. Кожные покровы бледные, сухие, на туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см.

Пальпируются множественные шейные, паховые лимфоузлы плотно эластической консистенции диаметром до 1-1,5 см. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены. На 2-й день жизни отмечены выпадение волос на голове, признаки ринита.

Дополнительные исследования:

Кровь матери: реакция Вассермана +++++.

Общий анализ крови: Нв - 152 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, тромб - $180,0 \times 10^9/л$, лейкоц - $8,0 \times 10^9/л$, миелоциты - 7%, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с - 38%, л - 29%, м - 16%, СОЭ - 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза, предположите результаты?
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данный случай?
5. Составьте план лечения, диспансерного наблюдения, вакцинации на 1-м году жизни.

ЗАДАЧА

Однородные 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 cito периферической крови: у 1-го ребенка Нв составил 146 г/л, Нт - 42%; у 2-го ребенка Нв составил 233 г/л, Нт - 73%.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать в данном случае?
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения можно выявить у этих детей при проведении НСГ, и чем они обусловлены?
4. Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях, и чем они обусловлены?
5. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.

ЗАДАЧА

Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии.

При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, печень и селезенка не увеличены, ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексy новорожденного угнетены.

Дополнительные исследования:

При исследовании по cito периферической крови уровень Hb - 90 г/л.

Вопросы:

1. Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного.
2. Какие осложнения возможны в данном случае?
3. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз у этого больного? Надо ли этому ребенку наблюдаться у невропатолога и почему?

ЗАДАЧА

Участковый врач пришел к девочке К. 25 дней. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей физиологично, 1-х срочных физиологичных родов. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см.

Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в родблоке, сосала хорошо. Выписана на 3-и сутки с массой тела 3110 г. Мама предъявляет жалобы на то, что ребенок беспокойный, спит плохо, сосет жадно в течение 3–5 мин, затем долго кричит. Грудь больше не берет. Периодически после кормления сучит ножками, кричит. Успокаивается только на руках или после отхождения стула. Интервалы между кормлениями не выдерживает. Требуется грудь каждые 1,5–2 ч, без ночного перерыва.

При осмотре обращают на себя внимание вздутый живот, уменьшение жирового слоя на руках, груди и бедрах, пуповина расположена ближе к лону, широко расставленные соски, ушные раковины мягкие, лануго. Кожные покровы чистые, розовые. Пупочная ранка эпителизовалась. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень+2 см, селезенка не пальпируется. Стул – 1–2 раза в сутки, необильный, кашицеобразный, зеленый, без патологических примесей. Ребенок не взвешивается, так как в доме нет весов. После кормления мать не сцеживается.

Вопросы:

1. Оцените состояние здоровья ребенка.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?
4. Оцените характер вскармливания ребенка на момент осмотра.
5. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?

ЗАДАЧА

Ребенок 1-х суток жизни находится в роддоме.

Из анамнеза: девочка родилась от женщины 28 лет, от 2-й беременности (1-я беременность – срочные роды, ребенок 4 года, здоров, посещает детский сад), протекавшей с токсикозом в I триместре, 3-дневным эпизодом мелкоточечной сыпи и слабости на 10-й неделе гестации, с гестозом и угрозой прерывания беременности во II–III триместрах. От госпитализаций отказывалась. Роды на 32-й неделе гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. 1-й период – 6 ч, 2-й период – 30 мин, безводный промежуток – 2 ч, околоплодные воды зеленые. Масса тела при рождении – 1820 г, длина – 40 см, окружность головы – 26 см, груди – 28 см. Оценка по шкале Апгар: на 1-й минуте – 5 баллов, на 5-й – 7 баллов.

При осмотре: ребенок с множественными стигмами дизэмбриогенеза, состояние ближе к тяжелому, поза полуфлексии, мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденного быстро истощаются. Отчетливая микрофтальмия, глаза закрыты. Кожные покровы бледные, периферический цианоз.

Аускультативно: дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) 52 в минуту. Границы сердца перкуторно: справа – на 0,5 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно звучные, над областью сердца прослушивается грубый систоло-диастолический шум, наиболее отчетливый в точке Боткина–Эрба, ЧСС 156 уд/мин. Пальпаторно: печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Стул мекониальный. Мочеиспускание не нарушено.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,7 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель крови – 0,9, тромбоциты – $95,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $7,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 54%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 30%, моноциты – 12%, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 4 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные обследования для подтверждения диагноза.
3. Консультации каких специалистов необходимы?
4. Определите лечебную тактику.
5. Прогноз заболевания.

ЗАДАЧА

Мальчик К. 2 дней жизни родился у женщины 27 лет, страдающей ожирением 2-й степени, от 1-й беременности, протекавшей физиологично. Прибавка за время беременности 15 кг. Роды на 43-й неделе гестации. Во время родов отмечалась вторичная слабость родовой деятельности, в связи с чем было проведено пособие по Цовьянову. 1-й период родов – 18 ч, 2-й – 45 мин, безводный промежуток – 15 ч, околоплодные воды мекониальные. Плацента с множественными петрификатами. Масса тела при рождении 3140 г, длина тела – 54 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 33 см.

Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения состояние ребенка тяжелое, стонет, крик слабый, обильно срыгивает околоплодными водами. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки, ЧД до 76 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания.

Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева – звук с коробочным оттенком.

Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание

проводится, пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 164 уд/мин. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: гемоглобин – 180 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель крови – 0,9, тромбоциты – $120,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $12,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 14%, сегментоядерные – 45%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 32%, моноциты – 8%, СОЭ – 4 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?
3. Назначьте лечение.
4. Прогноз заболевания. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА

Девочка, 6 дней, находится в родильном доме в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что родилась у женщины 23 лет, не имеющей хронических заболеваний, проживающей в сельской местности и работающей на ферме. Беременность 1-я, протекавшая с токсикозом в I триместре и гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась. Роды самопроизвольные на 35-й неделе гестации, 1-й период – 12 ч, 2-й период – 40 мин, безводный промежуток – 9 ч, околоплодные воды зеленые. Оценка по шкале Апгар 4/5 баллов. Проведена первичная реанимация. Масса тела при рождении – 2380 г, длина – 45 см, окружность головы – 33 см, окружность грудной клетки – 28 см.

Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения центральной нервной системы. На 4-е сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. При осмотре в стационаре – состояние ребенка тяжелое. Масса тела 2050 г. Кормится через зонд, обильно срыгивает. Кожа бледная, сухая, подкожная клетчатка истончена. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 44 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 140 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Пальпаторно печень выступает из-под реберного края на 1–3 см в верхней трети, селезенка до 1 см. Голова гидроцефальной формы, запрокинута. Окружность головы – 33 см, швы открыты, большой родничок 4×4 см, выбухает, малый родничок $0,5 \times 0,5$ см. Мышечный тонус с преобладанием тонуса разгибателей. Отчетливый симптом Грефе, горизонтальный нистагм.

Гиперестезия. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального – вялые.

Дополнительные исследования:

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – светлая; белок – 920 ммоль/л; цитоз – 330 в 3 мкл: нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 85%.

Реакция связывания комплемента с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:780, у матери – 1:250.

Вопросы:

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. Назначьте обследования для подтверждения диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Определите прогноз для ребенка. Возможна ли антенатальная профилактика данного заболевания?

ЗАДАЧА

Новорожденный С. от 2-ой беременности, 1-ых родов в 36 недель. Первая беременность 3 года назад закончилась мед. абортom без осложнений. Матери 29 лет, страдает артериальной гипертонией.

Данная беременность протекала с угрозой прерывания в 10 недель, фарингитом в 26-27 недель, повышением АД в 32 недели беременности, анализы мочи нормальные, отеков не было. Первый период родов 10 часов, второй 35 минут, безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые. Масса ребенка при рождении 1750 г, длина 49 см.

Оценка по шкале Апгар через минуту - 5 баллов, через 5 минут - 7 баллов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите этапы оказания первичной помощи новорожденному в родовом зале.

ЗАДАЧА

Родился ребенок в состоянии асфиксии. Ребенку провели санацию верхних дыхательных путей, обсушили, поместили под источник лучистого тепла, провели тактильную стимуляцию. У ребенка отмечаются общий цианоз кожи и слизистых, спонтанное дыхание, пульс - 100 в минуту.

Вопросы:

1. Ваша тактика?

ЗАДАЧА

Ребенок от IV беременности, I родов в 43 недели. Первые 3 беременности закончились медабортами. Матери 35 лет, страдает гипертонической болезнью. Беременность протекала с гестозом I и II половины, роды затяжные, проводилась родостимуляция. Околоплодные воды зеленые в виде горохового супа.

Масса ребенка после рождения 3000 г, длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 2 балла (генерализованный цианоз, полностью отсутствует двигательная активность и рефлексорная возбудимость, пульс нитевидный 60 в мин., дыхание отсутствует).

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Меры реанимации.

ЗАДАЧА

1) Новорожденный мальчик, масса 3000г, 1-ые сутки, родился от 3-й беременности, протекавшей с тяжелым гестозом, вторых запоздалых родов в 42 недели.

Оценка по шкале Апгар 1-3 балла. Околоплодные воды зеленые. Проводились соответствующие реанимационные мероприятия.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Что включают реанимационные мероприятия в данном случае?

2) После перевода в ПИТ состояние тяжелое, цианоз, исчезающий при даче 40% O₂, одышка 70 в минуту, легкое втяжение межреберий при дыхании, притупление перкуторного звука в задне-нижних отделах легких, ослабленное дыхание, влажные хрипы.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Проведите оценку по шкале Downes или Сильвермана.
3. Каков объем мониторинга?
4. Плановая терапия.

3). На фоне оксигенотерапии методом СРАР через маску оценка по шкале Сильвермана 3 балла.

Вопросы:

Какова дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА

Девочка от первой беременности, первых срочных родов путем операции кесарева сечения по поводу клинического несоответствия размеров таза и плода. Продолжительность 1 периода родов 16 часов, женщине неоднократно вводили промедол, последнее введение за 30 минут до операции. Извлечение проходило с техническими трудностями. Сразу после рождения ребенок не кричит, дыхания нет, активных движений не совершает. Кожа розовая, сердечные тоны громкие, ритмичные, 140 в минуту.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Неотложная помощь.

ЗАДАЧА

Мальчик от матери с эпилепсией, принимавшей во время беременности противосудорожные препараты, родился в 37 недель беременности с массой 2200 г, 44 см в умеренной асфиксии. Оценка по шкале Апгар в конце 1-й минуты – 5 баллов. У ребенка имеется расщелина твердого и мягкого неба, гипоплазия нижней челюсти, глоссоптоз.

Вопросы:

1. Что включают реанимационные мероприятия в данном случае.
2. Предварительный диагноз.

ЗАДАЧА

Девочка от матери с декомпенсированным сахарным диабетом, тяжелым гестозом, родилась путем операции кесарево сечение по экстренным показаниям в 34 недели беременности с массой 3400, длиной 50 см. При рождении состояние клинической смерти. Есть пульсация пуповины.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Реанимационные мероприятия.
3. Тактика неонатолога.

ЗАДАЧА

Новорожденный недоношенный мальчик 1-х суток жизни. Ребенок от женщины 31 года, соматически здоровой, от 1-й беременности, протекавшей с тяжелым гестозом в III триместре, преждевременных родов на 34 нед гестации путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием гестоза (повышение АД, нарастание протеинурии).

Масса тела при рождении 1970 г, длина 43 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Произведена санация верхних дыхательных путей, начата дополнительная оксигенация через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности (7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения ЦНС.

В возрасте 1 часа жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается.

При осмотре: спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены. Кожа бледно-розовая, с «мраморным» рисунком. Дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхания до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 170 уд/мин. Живот доступен глубокой пальпации, несколько вздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные механизмы патогенеза данного заболевания.
3. Составьте план обследования для установления (верификации) диагноза.
4. Показана ли антибактериальная терапия в данном случае?
5. Существует ли возможность антенатальной профилактики данного заболевания?

ЗАДАЧА

Доношенный мальчик 1-х суток жизни. Ребенок от матери 27 лет, от I беременности, протекавшей в I триместре с угрозой прерывания, во II - с анемией, в III - с отеками. В 33-34 недели гестации - двукратное обвитие пуповины по данным УЗИ. Ребенок от I своевременных родов путем кесарева сечения в связи с дискоординацией родовой деятельности и начавшейся гипоксией плода.

I период родов - 9 час 11 мин, безводный промежуток - 8 час 41 мин, околоплодные воды - мекониальные. Масса тела при рождении 4150 г,

длина 53 см, окружность головы 37 см, груди - 35 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении средней тяжести за счет дыхательной недостаточности и синдрома угнетения ЦНС.

Дыхательная недостаточность постепенно нарастала, ребенок нуждался в дополнительной оксигенации через кислородную палатку, При осмотре отмечалась бледность кожных покровов, акроцианоз, частота дыхания 64 в 1 минуту, с втяжением межреберных промежутков, раздуванием крыльев носа. При сравнительной перкуссии участки притупления перкуторного звука чередуются с коробочным звуком. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, ослаблено, с обеих сторон выслушивается умеренное количество проводных и крепитирующих хрипов. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 160 уд/мин. Живот доступен глубокой пальпации, печень +1 см, селезенка не пальпируется. Моча светлая, стул мекониальный.

Дополнительные исследования:

КОС в возрасте 5 часов жизни: рН=7,19, рО₂=41 мм рт.ст., рСО₂=65 мм рт.ст., ВЕ= -7,5 ммоль/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: инфильтрация корней легких, веерообразные области ателектазов, чередующиеся с эмфизематозными участками, уплощение купола диафрагмы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и дайте его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. В чем особенность проведения первичной реанимации у детей, рождающихся через слой околоплодных мекониальных вод?
4. Какие осложнения возможны в данном случае, их возможная профилактика.
5. Есть ли необходимость в назначении антибактериальной терапии?

ЗАДАЧА

Доношенный мальчик 1 -х суток жизни. Ребенок от женщины 33 лет, соматически здоровой, от 2-й нормальной беременности, II оперативных родов путем операции кесарева сечения на 40-й недели гестации по поводу рубца на матке (1 роды - кесарево сечение, здоровый ребенок). Масса тела при рождении 3650 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

Состояние ребенка с рождения средней тяжести, за счет признаков дыхательной недостаточности. Дыхание самостоятельное с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Имеется зависимость от дополнительной оксигенации (цианоз нарастает без оксигенации через маску), ЧД 50 в 1 минуту, аускультативно - умеренное ослабление дыхания с обеих сторон.

В возрасте 1 часа жизни отмечено нарастание дыхательной недостаточности: цианоз, купирующийся при оксигенации 40% кислородом в кислородной палатке, учащение дыхания до 70 в 1 минуту с выраженным втяжением межреберий и мечевидного отростка грудины, раздуванием крыльев носа. При аускультации легких выслушивается ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тоны ритмичные, ясные, ЧСС 149 уд/мин. Живот при пальпации не вздут, мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе умеренно выраженные симптомы угнетения ЦНС.

Дополнительные исследования:

КОС и газы крови: $pH=7,3$, $pO_2=60$ мм рт.ст., $pCO_2=45$ мм рт.ст, $BE=-2,3$ ммоль/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: вздутие легочной ткани, уплощение куполов диафрагмы, усиление сосудистого рисунка, утолщение междолевой плевры.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и дайте его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Необходимые обследования для подтверждения диагноза.
4. Какой метод респираторной поддержки предпочтителен в данном случае?
5. Целесообразная медикаментозная терапия: объем, лекарственные средства, дозировка и длительность курсов, контроль эффективности.

ЗАДАЧА

Ребенок М., родился от 7-ой резус – конфликтной беременности, 2-х родов. Первый ребенок здоров, потом было 4 мед. аборта, 1 выкидыш. При рождении состояние ребенка удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар – 8/8 баллов.

На 2-ой день состояние ребенка резко ухудшилось. Ребенок пожелтел, не спит, не сосет, плохо глотает, появилось резкое беспокойство,

гиперестезия, спастичность, ребенок лежит в позе «боксера». Отмечается резкий «мозговой» крик, выбухание большого родничка, глазные симптомы: «заходящего солнца», симптом Грефе, нистагм. Затем присоединились судороги, ребенок неоднократно дает остановки дыхания.

Дополнительные исследования:

Уровень непрямого билирубина 450 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Какой резус – принадлежности мать, ребенок?
3. Обоснуйте диагноз?
4. Что такое «критический» уровень непрямого билирубина?
5. Имеются ли упущения при ведении данного больного?
6. Какие срочные мероприятия вы проведете?
7. Дальнейшая тактика?
8. Прогноз.

ЗАДАЧА

Ребенку 10 дней. От 2-ой беременности, протекавшей с гриппом в сроке 16-18 недель, с повышением T – тела до 39^0 , с анемией, отеками в III триместре, роды в сроке 39-40 недель. Вес при рождении 2950г, длина тела 50 см, Ог – 37 см, Огр – 34 см, по Апгар 6/7 б. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, выражены лобные, теменные бугры, БР – 3,5х3,5 см, швы открыты. ОГ- 39 см, симптом Грефе, «заходящего солнца», горизонтальный нистагм, физиологические рефлексy снижены, мышечная гипотония, объем активных движений ограничен. По внутренним органам без особенностей.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: Эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 174 г/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – $6,6 \times 10^9/л$; СОЭ – 5 мм/час; П-1%; С-42%; Э- 1%; М –20%; Л-36%.

Общий анализ мочи, копрограмма без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимы?
3. Лечение

ЗАДАЧА

У ребенка в период новорожденности развился омфалит. Мама проводила местное лечение сама. Но ребенок стал вялым, плохо кушает, срыгивает, стул неустойчивый, со склонностью к диарее, плохо прибавляет в весе, кожа бледно-сероватого оттенка, единичные гнойнички на теле. Обратились к врачу в 1,5 мес. В связи с повышением Т-тела до 38⁰С, появлением отечности, покраснения кожи в области правого бедра, беспокойства, плача при дотрагивании до этой конечности.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, Лейкоциты $-18 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ -30 мм/час; П-22; С-48. На R-грамме явления остеомиелита верхней трети правого бедра.

Вопросы:

1. Ваш полный диагноз?
2. План обследования и лечения больного?

ЗАДАЧА

Матери 28 лет, здорова, рабочая. Отцу 30 лет, здоров, тракторист. Беременность четвертая, третья беременность два года тому назад закончилась в срок. Ребенок умер, вскрытия не производилось. Данная беременность в первой половине протекала без осложнений. Во второй половине мать перенесла ОРВИ, плохо мочилась. Роды в срок, но воды отошли за два дня до родов, проводилась стимуляция родов, масса 3500гр. рост 51 см. Состояние ребенка после рождения было расценено как удовлетворительное (закричал сразу, состояние по шкале Апгар $-8/8$ баллов). На второй день жизни появился гнойный конъюнктивит, на пятый день мелкие единичные гнойнички на шее. На девятый день состояние ребенка резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5⁰, потерял в весе за сутки 160г., кожа сухая, иктеричная. На 2-ой день развился гнойный отит, 14-ый день – абсцесс на волосистой части головы, парапроктит.

Дополнительные исследования:

В общем анализе крови: Лейкоцитов $-18 \times 10^9/\text{л}$; П-16%.

Посев крови на стерильность – золотистый плазмокоагулирующий стафилококк.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Приведите клинические доказательства диагноза.

3. Какие методы лечения следует применить?
4. Ваша дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с тяжелым поздним гестозом, у матери миопия тяжелой степени. Роды в сроке 39-40 недель, слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, двукратное обвитие пуповины вокруг шеи. Вес при рождении – 3000 г, длина тела – 51 см, частота сердечных сокращений 80 в минуту, дыхание отсутствует, мышечный тонус снижен, гримаса, розовая окраска тела и цианоз конечностей, меконий отошел внутритурбно.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Оценка по шкале Апгар?
2. Причина, вызвавшая данное состояние?
3. Ваша тактика.
4. План лечения.

ЗАДАЧА

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с гестозом на всем протяжении беременности. На 28 нед. беременности находилась на сохранении по поводу угрозы прерывания беременности (у матери было обострение пиелонефрита). Роды в сроке 40 недель, стремительные. Вес при рождении 2500 г, оценка по шкале Апгар 5-6 баллов. После рождения ребенок беспокойный, стонет, имеется судорожная готовность, повышен мышечный тонус, спонтанно возникают рефлекс Моро, Бабинского. Взор напряжен, выбухает и пульсирует большой родничок, при глотании поперхивается, обильно срыгивает, умеренная ригидность затылочных мышц.

Со стороны внутренних органов отмечается нарушение ритма дыхания, экстрасистолия, умеренное расширение границ сердца влево.

Была проведена спинномозговая пункция: ликвор вытекал под давлением, в нем повышенное содержание эритроцитов. На реоэнцефалограмме признаки нарушения церебрального кровообращения.

УЗИ мозга: расширение левого желудочка с признаками накопления геморрагического содержимого, полнокровие ткани мозга и оболочек.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План лечения больного.

ЗАДАЧА

Ребенку 20 дней, от 3-й беременности, протекавшей удовлетворительно, вторых срочных родов в сроке 36 недель. Вес при рождении 2700 г., длина тела 49 см., по Апгар 7/8 баллов. Находится на естественном вскармливании. При осмотре кожа и видимые слизистые оболочки чистые, иктеричные, аускультативно над легкими пуэрильное дыхание, сердечные тоны приглушены, нечеткие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень + 3,0 см из-под края реберной дуги, селезенка + 1,0 см из-под края реберной дуги. Стул кашицеобразный, желтый. Мочится свободно, ОГ – 40 см., БР – 3,5 ч 3,5 см., пульсирует, сагиттальный шов открыт до 1 см. физиологические рефлексы снижены, мышечная гипотония, объем активных движений недостаточный. В слюне и моче обнаружены клетки – «совиный глаз».

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные обследования необходимы?
3. План лечения.
4. Прогноз.

ЗАДАЧА

Ребенку 3 дня. От первой беременности, протекавшей на фоне раннего гестоза, находилась на стационарном лечении по поводу ОРВИ, плацентита в сроке 35-36 недель. Роды первые, в сроке 39-40 недель, вес при рождении 3450 г., длина тела – 50 см. по шкале Апгар – 8/8 баллов. При осмотре: бледно-иктеричные кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые.

Аускультативно над легкими ослабленное дыхание, тахипноэ, тоны сердца приглушены, тахикардия (168 ударов в мин.), общая вялость, физиологические рефлексы снижены, мышечная гипотония, однократно дал рвоту «кофейной гущей», стул темный, необильный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования.
3. План лечения.

ЗАДАЧА

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, анемией, слабое шевеление плода. Роды - 1-е в сроке 41-42 недели, с родостимуляцией. Вес при рождении 4300 г., длина тела – 52 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

При осмотре ребенку 6 дней – состояние средней тяжести, вялый, адинамичный, плохо сосет, снижена реакция на раздражители. Кожа и

видимые слизистые иктеричны, отек мягких тканей лица, над- и подключичных ямок, конечностей. Живот увеличен. Широкая переносица. Слабый хриплый крик. Сердечные тоны приглушены, частота сердечных сокращений 110 в мин. Стул редкий.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. План лечения.
4. Прогноз.

ЗАДАЧА

Ребенку 5 дней. От 1-й беременности, протекавшей с легким токсикозом в I триместре, грипп с повышением температуры тела в 16 и 25 недель. На учете не состояла. Роды преждевременные в сроке 32 недели.

При осмотре кожные покровы иктеричные с сероватым оттенком, «мраморность». Выраженные признаки недоношенности. Дыхание частое, поверхностное, втяжение уступчивых мест грудной клетки и грудины. Аускультативно над легкими ослабленное дыхание, влажные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия, систолический шум во всех точках. Живот подвдут. Печень + 3 см., селезенка + 1,5 см., пупочная ранка под корочкой. Стул переходный. Мочится самостоятельно. Тепло не удерживает. Физиологические рефлекс угнетены, мышечная гипотония, объем активных движений недостаточен. RW из пуповинной крови резко положительная, у матери кровь на RW тоже положительная.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования.
3. План лечения.

ЗАДАЧА

Ребенок от 3-й беременности, протекавшей с тяжелым гестозом, частыми ОРВИ без повышения температуры тела, анемией средней тяжести, угрозой прерывания беременности в сроке 8-9 недель и 20-22 недели. Мать находилась на стационарном лечении. Роды 1-е в сроке 33-34 недели, самостоятельные. Вес ребенка при рождении – 1900 г., длина тела – 47 см. По шкале Апгар 7/8 баллов.

При осмотре: кожа тонкая, прозрачная, ушные раковины мягкие, прижаты к голове, пупочное кольцо ниже середины расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением. Исчерченность стоп 1/3, ногти не достигают края пальцев, выражено лануго, не удерживает тепло, пальпируется малый родничок, преобладание мозговой части черепа над лицевой, низкий мышечный тонус, физиологические рефлексы снижены, крик тихий.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша тактика ведения этого ребенка?
3. План лечения.

ЗАДАЧА

Ребенку 4 дня. От 1 беременности, протекавшей без осложнений. Матери 37 лет. Роды в сроке 39-40 недель. Вес при рождении 3000 г., длина тела – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые чистые, иктеричные. Выражен цианоз носогубного треугольника, при плаче периоральный цианоз и цианоз конечностей. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум во всех точках. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул кашицеобразный, желтый. Мочится свободно. Сосет вяло, медленно, иногда срыгивает. Окружность головы – 36 см., большой родничок 2,0 x 2,0 см., не напряжен. Широкая переносица, антимонголоидный разрез глаз, низко расположены уши. Физиологические рефлексы снижены, мышечная гипотония, объем активных движений снижен.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

ЗАДАЧА

В родильное отделение поступила беременная С., 38 лет с жалобами на слабое шевеление плода последние 2 недели. Срок беременности 36 недель.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность 7-я по счету. Первые две беременности закончились рождением здоровых детей. Однако после рождения второго ребенка в сельской участковой больнице отмечалось

сильное кровотечение, проведено ручное отделение плаценты, матери перелита кровь.

Третья беременность закончилась так же рождением здорового ребенка, в срок. Однако на 3-ем месяце жизни выявлена анемия и ребенок длительно получал противоанемическое лечение. Четвертая беременность закончилась медицинским абортom. Пятая и шестая беременности закончились самопроизвольными выкидышами в поздних сроках беременности (26 и 30 недель). Тогда же женщина была направлена на обследование в районную больницу, где было выявлено, что она резус – отрицательная с высоким титром антител. Данная беременность протекала гладко, женщина жила в селе и к врачам не обращалась до появления вышеуказанных жалоб. При поступлении шевеление плода редкое, слабое. Тоны сердце глухие, брадикардия. Немедленно проведена операция кесарева сечения. Оценка по Апгар –4\5 баллов. Ребенок резко бледен, имеется анасарка. Тоны сердце глухие, брадикардия. В легких дыхание резко ослаблено. Живот увеличен в размерах, асцит. Печень и селезенка спускаются в полость малого таза. Ребенок резус – положительный.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови: Эритроциты $-2,5 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин $-90 г/л$; СОЭ-32 мм/ч; Эритробласты 20:100, ретикулоциты 40%; Лейкоциты – $30,0 \times 10^9/л$; П-16%; С-46%; Э- 4%; М –10%; Л-20%; юные –10%.

Непрямой билирубин крови 180 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. На каком основании Вы ставите этот диагноз?
3. Пути сенсibilизации матери.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Имелась ли возможность избежать сенсibilизации матери?
6. Имелась ли возможность избежать рождения больного ребенка?
7. Правильна ли тактика родоразрешения в 36 недель беременности?
8. Обоснуйте.

ЗАДАЧА

Мальчик, 10 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с жалобами на повышение температуры тела до $38,0^{\circ}C$, беспокойство, отказ от груди, появление высыпаний на туловище, конечностях, в естественных складках кожи.

Из *анамнеза* известно, что мать страдает рецидивирующим фурункулезом, 1-я беременность протекала на фоне ОРВИ в первой половине, роды срочные, безводный период в родах составил 20 часов. Оценка по шкале Апгар 7-9 баллов. Масса тела при рождении - 3300 г, рост- 52см. На 7-й день ребёнок переведён из родильного дома в отделение патологии новорожденных в виду повышение температуры и наличие высыпаний на коже.

Объективно: Состояние средней степени тяжести в виду наличия лихорадки и интоксикации, страдает самочувствие-вялый, грудь сосет плохо. Физиологическая убыль массы тела составляет 8%, в настоящий момент- 3200г, в области туловища, конечностей, естественных складок- вялые пузыри диаметром 1-2 см , наполненные светло-желтым содержимым, окруженные тонким воспалительным венчиком. После вскрытия пузырей обнажается мокнущая эрозивная поверхность. Температура тела 38,7⁰С. Дыхание в легких везикулярное. Границы сердца не изменены, тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 156 в минуту. Живот при пальпации мягкий, печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул до 5 раз, кашицеобразный, желтого цвета. Мочеиспускание 20-25 раз в сутки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Что могло быть причиной заболевания?
2. Составьте план обследования. Назначьте лечение.
3. Какие возможные осложнения? Каков прогноз заболевания?
4. Какова профилактика заболевания в условиях родильных домов и отделений новорожденных?
5. Как будет наблюдаться ребенок в условиях детской поликлиники после выписки из стационара?

ЗАДАЧА

Девочка, 10 дней. Участковый врач на очередном патронаже. Мать жалуется на беспокойство, плохой сон, срыгивания после кормления нествороженным молоком в объеме 1-2 ч.л.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне анемии. Роды срочные, тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела при рождении – 3200 г., длина – 52 см, оценка по шкале Апгар 6-8 баллов. К груди приложена через 6 ч после рождения, грудь сосала активно. Максимальная убыль массы тела – 5%. Пуповинный остаток отпал на 4-е

сутки. БЦЖ и прививка против гепатита В – в родильном доме; выписан на 6-е сутки. На грудном вскармливании.

Объективно: состояние ближе к средней тяжести, плачет, беспокойна. Поза физиологическая, крик эмоциональный, кожа и слизистые розовые, чистые. Пупочная ранка сухая. Подкожно – жировая клетчатка развита хорошо, отеков нет. Голова округлой формы, БР 2,5*2,5, напряжен. Рефлексы новорожденных оживлены: спонтанные Бабинского и Моро, клонус стоп, синдром Грефе+. Мышечный гипертонус разгибателей рук и ног. Дыхание в легких пуэрильное, ЧД – 40 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 136 в мин. Живот мягкий, печень +2 см из-под края реберной дуги, эластичная, селезенка не пальпируется. Стул после каждого кормления 6-8 раз, желтый, кашицеобразный. Мочится 15-16 раз в сутки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Оцените группу риска новорожденного.
2. Опишите тактику лечения. Назначьте медикаментозное лечение.
3. Опишите план дальнейшей диспансеризации на 1-м году.
4. Требуется ли дополнительное обследование ребенку?
5. Каков прогноз при данном заболевании.

ЗАДАЧА

Девочка, 12 дней. Во время патронажа участковым педиатром к новорожденному ребенку мама предъявила *жалобы* на сыпь на волосистой части головы, лице, туловище, верхних и нижних конечностях у ребенка.

Из *анамнеза* известно, что был длительный безводный период в родах, на 5-й день после родов развился мастит, в выписке из родильного дома указано, что у ребенка есть риск развития инфекционно-воспалительных заболеваний.

Объективно состояние удовлетворительное, самочувствие страдает умеренно. Масса тела – 3200 г., длина – 50 см. На волосистой части головы, складках туловища, верхних и нижних конечностях небольшое количество поверхностно расположенных пустул, наполненных мутным содержимым, размером от просяного зерна до мелкой горошины, везикулы на лице. Температура тела 36,7⁰С.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. Проведите комплексную оценку здоровья.

2. Какова должна быть тактика участкового педиатра?
3. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
4. Какие рекомендации следует дать матери по обработке кожи?
5. Каков прогноз заболевания? Назовите меры профилактики заболевания.

ЗАДАЧА

Мальчик, 15 дней. Вызов участкового педиатра. До этого времени ребенок нигде не наблюдался, так как после выписки из родильного дома на 4-е сутки мать с ребенком уехала сразу к бабушке в деревню. На 12-й день мальчик стал периодически беспокоиться, отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр, появилось серозное отделяемое из пупочной ранки. Через 3 дня мать с ребенком вернулась в город и вызвала врача на дом.

Жалобы матери на повышение температуры до 38,8⁰С, беспокойство, покраснение вокруг пупочной ранки, частые срыгивания, отказ от груди.

Анамнез жизни: от 1-й беременности, протекавшей на фоне обострения хронического пиелонефрите, роды в 36 недель. Масса тела при рождении – 2500 г, длина -46. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

Объективно: состояние ближе к тяжелому ввиду наличия признаков выраженной интоксикации. Температура тела 37,8⁰С. кожные покровы сероватого цвета, кожа сухая, общая гипотония мышц. Вокруг пупочного кольца отмечается гиперемия и инфильтрация, из пупочной ранки при надавливании выделяется серозно-гнойное отделяемое. Чд-56 в минуту. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС-180 в минуту. Живот несколько вздут, печень + 3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 4 раза в сутки, желтоватого цвета, жидкой консистенции. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Опишите тактику участкового педиатра. Требуется ли проведение системной антибактериальной терапии? Если "да", то какие антибиотики являются стартовыми?
3. Назовите мероприятия по обработке пупочной ранки.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Опишите наблюдения в поликлинике после выписки из стационара.

ЗАДАЧА

Девочка, 4 дня, переведена из родильного дома в стационар.

Анамнез жизни: от 1-й беременности, срочных родов, протекавшей без особенностей. При рождении масса-3000 г, рост 51-см. Выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.

Объективно: состояние тяжелое с 10-го дня жизни, отмечается вялость, адинамия, кожа бледная, сероватым оттенком, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосёт вяло, появилась рвота фонтаном. ЧД- 40 в минуту. Дыхание поверхностное, ослабленная. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 150 в минуту. Живот при пальпации мягкий, печень + 2 см от края реберной дуги. Стул жидкий, обычного цвета. Диурез не нарушен.

Дополнительные исследования:

ОАК: Эр- $5,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв- 115 г/л, Лейк- $9,5 \cdot 10^9/л$, п/я-2%, с/я – 50%, Э – 2%, Лим – 38%, мон-8%, СОЭ-5 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л, Натрий – 130,0 ммоль/л, Калий – 6,6 ммоль/л

Картиотип: 46, XX. *Анализ крови на 17-ОН прогестерон:* 105 нмоль/л (норма – до 30 нмоль/л, 30-90 нмоль/л – сомнительный результат).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какова причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?

2. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка на 3-е сутки после рождения? Каков прогноз при несвоевременной диагностике?

3. Оцените ОАК, биохимический анализ крови.

4. Назначьте лечение. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?

5. Какие возможны осложнения при неадекватно подобранной заместительной терапии?

ЗАДАЧА

Девочка М., 1 мес, жалобы со слов матери: в течение месяца часто и обильно срыгивает, плохо прибавляет в массе, стала беспокойной.

Anamnesis vitae. Девочка от молодых, соматически здоровых родителей. Беременность первая. В 17 недель мать перенесла ОРВИ (лечение получала симптоматическое). Роды срочные на 40-й неделе, самостоятельные, продолжительность-14 часов. Масса тела при рождении 3370 г, рост 51 см. Состояние по шкале Апгар 8-9 баллов. Закричала сразу, крик громкий. К груди приложена сразу. В роддоме сделана прививка от гепатита В, БЦЖ. Выписана на шестые сутки с массой тела 3000 г. На грудном вскармливании до 2 недели жизни, затем переведена на смешанное питание в связи с гипогалактией у матери.

Anamnesis morbi. Родилась на 40-й неделе беременности. По данным УЗИ у плода заподозрили ВДКН. На 28 недели выполнен кордоцентез. Набор хромосом- 46 XX, анализ ДНК выявил 2 гетерозиготные мутации СУР21 и Q318X. Консультация эндокринолога: рекомендовано сразу после рождения ребенка (на 3-4-й день жизни) провести скрининг ВДКН, исследовать кровь на 17-ОН-прогестерон, ренин. При рождении у девочки: смуглая кожа, гиперпигментация околососковой и уrogenитальной области, гипертрофия и вирилизация клитора, большие мошонку образные половые губы, широкие уrogenитальный синус. Ребенку Поставлен диагноз: врожденная дисфункция коры надпочечников, нереальная форма. С заместительной целью назначен препарат группы глюкокортикостероидов (кортеф по 1, 25 мг 3 раза в день). От дальнейшего обследования мать отказалась.

Объективно: Состояние тяжелое вследствие эксикоза. Масса тела 3320г. Кожные покровы с сероватым оттенком, тургор снижен, подкожно-жировой слой развит недостаточно, распределён равномерно. Зев не гиперемирован. В легких дыхание пуэрильное. ЧД 32 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 148 в минуту. Живот не вздут, доступен для глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Край эластичный. Стул с тенденцией к запорам. Наружные половые органы сформированы неправильно: отмечается гипертрофия и вирилизация клитора, мошонка образные половые органы, гиперпигментация уrogenитальной области. Мочеиспускание свободное, моча желтая.

Дополнительные исследования:

ОАК: Эр-4,27*10¹²/л, Нб- 144 г/л, Лейк- 13,4*10⁹/л, п/я-2%, с/я – 60%, Э – 12%, Лим – 16%, мон-8%, СОЭ-2 мм/ч.

Электролиты: Натрий – 122 ммоль/л, Калий – 7,0 ммоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л.

Анализ крови на гормоны: 17-ОПН-283 нмоль/л, Корт. – 1650 нмоль/мл, Тест – 0,028.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. Какова причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у девочки?
2. Оцените ОАК, биохимический анализ крови.
3. Назначьте лечение. Какими гормональными препаратами проводится заместительная терапия?
4. Какие рекомендации можно предложить при этом клиническом случае?

ЗАДАЧА

Мальчик А., 1 месяц. жалобы на желтушность кожных покровов и склер в течение месяца.

Anamnesis vitae. Ребенок от 3 беременности, 3-х родов. Первая беременность в 2003 году, мальчик, здоров. Вторая беременность в 2005 году, родился мальчик, здоров. Настоящая беременность протекала без осложнений. Роды на 38 неделе, самостоятельные, в головном предлежании, продолжительность 4 часа, родился мальчик. Масса тела при рождении 3700 г, рост 52 см, состояние по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. В роддоме привит против туберкулеза, гепатита В. Выписан на пятые сутки, масса тела 3600г. С рождения на грудном вскармливании. Мама отмечает, что молоко очень жирное. За 1 месяц прибавка массы тела 1000 г.

Anamnesis morbi. На 3 сутки жизни появилась иктеричность кожного покрова и склер. После выписки из роддома желтуха нарастала и сохраняется до настоящего времени. Участковым педиатром направлен в стационар для обследования и лечение.

Объективно. При поступлении состояние ребенка средней тяжести, масса тела 4700 г. Ребенок активен, не лихорадит. Периодически беспокоен, напрягает живот, поднимает ножки, плачет. Желтушность кожного покрова выражена, склеры иктеричные, сыпи на коже нет. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределён равномерно. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 34 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные. ЧСС 138 в минуту. Живот мягкий, немного вздут в результате повышенного газообразования. Печень выступает из под края реберной дуги на 1 см, ее край ровный, эластичный. Мочеиспускание свободное,

безболезненное, моча желтая. Стул 3-4 раза в сутки, жёлтый, кашицеобразный. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. В медиальном углу глаза скудное гнойное отделяемое.

Дополнительные исследования:

ОАК: Эр- $4,45 \cdot 10^{12}/л$, Нв- 140 г/л, Лейк- $11,0 \cdot 10^9/л$, п/я-1%, с/я – 21%, Э – 3%, Лим – 60%, мон-10%, СОЭ-3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общ. белок – 57 г/л, Пр.билирубин – 3,6 мкмоль/л, Непр. билирубин – 256 мкмоль/л, Калий – 4,9 ммоль/л, Хлор – 99 ммоль/л, Натрий – 139 ммоль/л

Анализ на группу крови: У ребенка – А(II), Rh пол(+), матери – В(III), Rh пол(+).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты обследования.
3. Назначьте лечение. Режим кормления

ЗАДАЧА

Девочка д., 7 дней. Поступила в отделение с жалобами матери на желтуху, срыгивание, а также на гнойное отделяемое из глаз и пупочной ранки.

Anamnesis vitae. Девочка от 3 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша во второй половине, анемией (лечилась препаратами железа). В первом триместре беременности мама по роду деятельности имела контакт с химическими препаратами, затем была переведена на канцелярскую работу. Роды на 36 неделе, продолжительность 12 часов. Воды светлые, ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 2800 г, рост 50 см. К груди была приложена на третьи сутки, грудь взяла удовлетворительно, сосала активно. Пуповинный остаток отпал на вторые сутки, из роддома выписана на пятые сутки. Дома находилась на грудном вскармливании, сосала вяло, быстро уставала.

Anamnesis morbi. Желтуха появилась на вторые сутки, умеренной интенсивности, к шестому дню жизни усилилось. Появились гнойные выделения из глаз. Ребёнок был госпитализирован.

Объективно. Состояние средней тяжести. Кожные покровы желтушные, склеры иктеричные, из глаз гнойное отделяемое, периорбитальный и периоральный цианоз, на ягодицах аллергическая сыпь, слизистая полости рта с жемчужным оттенком, зев спокойный. Имеются

признаки морфофункциональной незрелости. Большой Родничок 2,5*2,5 см, края плотные. Тонус мышц нижних и верхних конечностей повышен. Дыхание через нос свободное, в легких хрипов нет.

Дополнительные исследования:

ОАК: Эр- $6,1 \cdot 10^{12}/л$, Нб- 200 г/л, Лейк- $8,8 \cdot 10^9/л$, п/я-3%, с/я – 62%, Э – 8%, Лим – 24%, мон-3%, СОЭ-3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общ. белок – 60 г/л, Непр. билирубин – 195 мкмоль/л, АЛТ – 22, АСТ – 25 ед/л

Анализ содержимого пупочной ранки на микрофлору: рост энтерококка.

Анализ содержимого конъюнктивы на микрофлору: рост эпидермального стафилококка.

Анализ грудного молока на микрофлору: рост эпидермального стафилококка - более 250 КОЕ.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты обследования.
3. Назначьте лечение. Режим кормления

ЗАДАЧА

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

Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена сразу после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась желтушность кожи.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосёт хорошо, крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа чистая, умеренно иктеричная, пупочная ранка без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ясные, живот мягкий, безболезненный, печень по правой переднеподмышечной линии 1 см; по правой среднеключичной 1 см; по срединной 1/3, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета.

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

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

Дополнительные исследования:

Клинический анализ крови: Нб - 196 г/л, Эр - $5,9 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты -1,5%, Ц.п.-0,94, Лейк- $9,0 \cdot 10^9/л$, 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: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с обоснованием.
2. Каково происхождение желтухи в данном случае?
3. Проведите дифференциальный диагноз транзиторной и гемолитической желтухи у новорождённого.
4. Обозначьте показания для консультации новорождённого с желтухой невропатологом.
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка? Как кормить этого ребенка?

ЗАДАЧА

Мальчик, 1-ые сутки жизни, находится в родильном доме. У матери А (II) Rh-отрицательная группа крови. Первая беременность закончилась срочными родами 3 года назад. Настоящая беременность вторая, протекала с угрозой прерывания, гемодинамическими нарушениями 1А степени. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 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:

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.

Hb периферической крови, определенный сразу после рождения, 129 г/л.

Вопросы:

1. Поставить диагноз и обосновать.
2. Назначьте дополнительное обследование для уточнения диагноза.
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Напишите план диспансерного наблюдения ребенка в детской поликлинике.

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

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. фенobarбитал
4. гепатопротектор

ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ 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 наблюдательное 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 ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS - 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 эритропоэзом

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

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

В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЮ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ:

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

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ 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 ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ 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. аспартатаминотрансферазы
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 PaO₂
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

**КОНЪЮГАЦИОННАЯ 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 МЛАДЕНЕЦ, 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 внутripеченочном холестазае
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 ФИБРОПАЗИЯ) 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 НОВОРОЖДЁННОГО 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
- 5.

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

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНЕ:

1. уровень смертности
2. уровень рождаемости
3. количество врачей на душу населения
4. младенческая смертность

КАКАЯ ДОЗА ВАКЦИНЫ БЦЖ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ВАКЦИНАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. 0.005 мг
2. 0.05 мг
3. 0.5 мг
4. 5 мг

ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ВАКЦИНЫ БЦЖ В МЕСТЕ ИНЪЕКЦИИ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ПАПУЛА, ВЕЗИКУЛА ИЛИ ПУСТУЛА:

1. через 1 неделю
2. через 2-3 недели
3. через 4-6 недель
4. через 2-3 месяца

КАКАЯ ТЕМПЕРАТУРА ВОЗДУХА ДОЛЖНА ПОДДЕРЖИВАТЬСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ И ПОСЛЕ РОДОВЫХ ПАЛАТАХ:

1. не ниже 20-22°C
2. не ниже 22-24°C
3. не ниже 24-26°C
4. не ниже 26-28°C

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ:

1. асфиксия и родовая травма

2. пороки развития ЦНС
3. гипогликемия и гипокальциемия
4. гипербилирубинемия

УКАЖИТЕ ПОЗДНИЕ СИМПТОМЫ ГИПОТИРЕОЗА:

1. отставание в психомоторном развитии
2. сухость кожи, склонность к запорам, зантагнувшаяся желтуха
3. отеки, грудной голос, низкий рост волос
4. все ответы правильные

ПРИ КАКОМ ВИДЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА К ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ:

1. капиллярнопатии
2. тромбоцитопении
3. гипопротромбинемии
4. фибринолизе

ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРНЫ:

1. гипогликемия
2. гипокальциемия
3. гипербилирубинемия
4. все перечисленные симптомы

КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГИПОМАГНИЕМИИ:

1. возбуждение ЦНС
2. угнетение ЦНС
3. угнетение дыхания
4. одышка

РАЗВИТИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ СВЯЗАНО:

1. с поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
2. с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
3. с повышением проницаемости капилляров
4. с нарушением всасывания в кишечнике витамина К

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫМ:

1. фиброэластоз
2. пароксизмальная тахикардия
3. открытый артериальный проток
4. все ответы правильные

КАКИЕ ФАКТОРЫ МОГУТ СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ:

1. гипотермия, ацидоз, гиперкапния
2. специфические внутриутробные инфекции
3. прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
4. все перечисленные факторы

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО:

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

В КАКОМ СЛУЧАЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА:

1. бабушка со стороны матери резус-положительная
2. бабушка со стороны матери резус-отрицательная
3. бабушка со стороны отца резус-положительная
4. бабушка со стороны отца резус-отрицательная

РЕШАЮЩИМИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

1. перкуторные данные
2. выраженная дыхательная недостаточность
3. наличие инфекционного токсикоза
4. аускультативные данные

САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПРИ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. анемия
2. поражение печени
3. поражение ЦНС
4. сердечная недостаточность

В КАКОЙ ГРУППЕ ДЕТЕЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНА:

1. дети с массой тела менее 1500 г
2. дети с гемолитической болезнью
3. дети с врожденными ферментопатиями
4. ответы правильные

КАКОЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЕТ РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В СТРУКТУРЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ НИЗКОМ ЕЕ УРОВНЕ:

1. 10-20%
2. 30-40%
3. 45-50%

4.70-75%

У РЕБЕНКА В АСФИКСИИ ПОВЫШЕН РИСК:

1. гипотермии
2. гипогликемии
3. инфекций
4. внутрижелудочкового кровоизлияния
5. все ответы правильные

КАКОВ ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ ПЛОДА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ: МАССА ТЕЛА - 1800 Г, ДЛИНА - 40 СМ, ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ - 29 СМ, ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ - 27 СМ:

1. 30 недель
2. 32 недели
3. 34 недели
4. 36 недель

КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИНДРОМОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, "МАЛЕНЬКИХ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ":

1. гипогликемия
2. гипокальциемия
3. полицитемия
4. все перечисленные синдромы

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ У НОВОРОЖДЕННОГО МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИСТУПЫ АПНОЭ:

1. при сепсисе
2. внутрижелудочковом кровоизлиянии
3. при болезни гиалиновых мембран
4. при всех перечисленных заболеваниях

КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:

1. одышка
2. тремор конечностей
3. тахикардия
4. апноэ

В КАКОМ ОТРЕЗКЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОГИБАЮТ НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ:

1. антенатальном
2. интранатальном
3. раннем неонатальном
4. одинаково часто во всех перечисленных

КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ ГИПОТЕРМИИ СТРЕССЕ:

1. истощение энергетических ресурсов
2. увеличение потребления кислорода
3. метаболический ацидоз
4. все перечисленные изменения

КАКИЕ ФАКТОРЫ УГНЕТАЮТ АКТИВНОСТЬ МЕТИЛТРАНСФЕРАЗНОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ СИНТЕЗА СУРФАКТАНТА:

1. гипоксия
2. гипотермия и ацидоз
3. нарушение перфузии легких
4. все перечисленные факторы

ОСОБЕННОСТЯМИ ФУНКЦИИ ДЫХАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. P_{aO_2} ниже, чем у доношенных детей
2. недостаточный вентиляционный ответ на высокие уровни P_{aCO_2}
3. в контроле дыхания большую роль по сравнению с доношенными детьми играет рефлекс Геринга - Брейера
4. характерны все особенности

В КАКИЕ ДНИ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ БИЛИРУБИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. 1-2-й день
2. 3-4-й день
3. 5-6-й день
4. 7-8-й день

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С КОНЪЮГАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУМИНЕМИЕЙ:

1. интенсивность желтухи
2. неврологическая симптоматика
3. концентрация билирубина в сыворотке крови
4. окраска стула и мочи

КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. внутричерепная родовая травма
2. асфиксия
3. пренатальное поражение ЦНС
4. обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)

КЛИНИКА ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХЕ ОТ ПНЕВМОНИИ ОТЛИЧАЕТСЯ:

1. ничем не отличается
2. наличием влажных хрипов в легких
3. одышкой
4. резким угнетением дыхательного центра

МЕТОД ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЯЕТ:

1. гестационный возраст
2. масса тела при рождении
3. функциональная зрелость и общее состояние ребенка
4. постнатальный возраст

ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПОКАЗАНА В ТЕЧЕНИЕ:

1. 3-7 дней
2. 10-12 дней
3. 2-3 недели
4. 1-1.5 месяца

КАКОЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИМЕНЕН ПЕРВЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

1. ирригоскопия
2. обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении
3. исследование желудка и кишечника с йодлиполем или бариевой взвесью
4. обзорная рентгенография брюшной полости в горизонтальном положении

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ АТРЕЗИЮ ПИЩЕВОДА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ:

1. вздутие живота
2. рвота с примесью желчи и крови
3. пенистое отделяемое на губах
4. отсутствие стула

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЭФФЕКТИВНЫМ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ:

1. нет
2. да
3. эффективно только при ранней диагностике
4. эффективно при отсутствии симптомов поражения печени

**ДЛЯ ЛОЖНОЙ ГРЫЖИ ЛЕВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ
ХАРАКТЕРНО:**

1. одышка
2. цианоз
3. смещение верхушечного толчка вправо
4. все перечисленные симптомы

**КАКАЯ ФОРМА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ
ЧАСТО:**

1. оба конца пищевода слепые
2. оба конца сообщаются с трахеей
3. верхний конец пищевода сообщается с трахеей, нижний заканчивается слепо
4. верхний конец пищевода заканчивается слепо, нижний сообщается с трахеей

КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АТРЕЗИИ ХОАН:

1. затрудненное носовое дыхание сразу после рождения
2. периодическое нарушение дыхания
3. поперывание при кормлении
4. все перечисленные симптомы

**ЕСЛИ ОПУХОЛЬ ВИЛМСА УДАЛЕНА ДО 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ,
ПОЛНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ НАСТУПИТ:**

1. в 20% случаев
2. в 40% случаев
3. 80% случаев
4. в 100% случаев

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЛОЖНОЙ ГРЫЖЕЙ ЛЕВОГО КУПОЛА ДИАФРАГМЫ
СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:**

1. с оксигенации через лицевую маску или носовой катетер
2. с интубации ребенка и аппаратной ИВЛ
3. придать ребенку положение на больном боку, ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
4. сделать очистительную клизму

**КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЖНО
ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ:**

1. С-реактивный белок
2. лейкоцитарный индекс интоксикации Кребса
3. уровень средних молекул
4. перечисленные показатели

**КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО
ПОДТВЕРЖДАЮТ ДИАГНОЗ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБМЕНА:**

1. цитологические
2. биохимические
3. близнецовый
4. генеалогический анализ

ПОЗВОЛЯЮТ ДОСТОВЕРНО ОТЛИЧИТЬ ИСТИННУЮ МЕЛЕНУ ОТ ЛОЖНОЙ:

1. данные анамнеза
2. клинические симптомы
3. длительность кровотечения
4. определение типа гемоглобина в стуле

КАК РЕАГИРУЕТ ЛЕЙКОГРАММА НА ОСТРОЕ ПАДЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ:

1. лейкопенией
2. лейкоцитозом
3. сдвигом формулы влево
4. не реагирует

КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ С ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ:

1. определить уровень глюкозы и кальция в крови
2. сделать клинический анализ крови
3. выполнить люмбальную пункцию и исследовать ликвор
4. необходимы все исследования

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

1. мышечная гипотония, гипорефлексия, адинамия
2. судороги
3. гипертермия
4. перечисленные симптомы

ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ (ОЦК) У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО:

1. 60-70 мл/кг
2. 80-90 мл/кг
3. 100-120 мл/кг
4. 130-140 мл/кг

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БУДУТ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ ИХ ОПРЕДЕЛЕНИИ В МИНИМАЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ СЫВОРОТКЕ БОЛЬНОГО:

1. С-реактивный белок
2. белковые фракции

3. уровень калия, натрия и сахара
4. содержание кальция

СОДЕРЖАНИЕ НАТРИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

1. 120-130 ммоль/л
2. 135-145 ммоль/л
3. 150-160 ммоль/л
4. более 160 ммоль/л

ПРИ КАКОМ МИНИМАЛЬНОМ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ВОЗНИКАЕТ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ?:

1. 3.3 ммоль/л
2. 2.75 ммоль/л
3. 1.65 ммоль/л
4. 0.5 ммоль/л

КАКОЙ СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ САХАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В КРОВИ ЗДОРОВЫХ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ:

1. 0.5-1.1 ммоль/л
2. 1.1-2.2 ммоль/л
3. 3.0-3.5 ммоль/л
4. 4.1-4.4 ммоль/л

НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ПОДТВЕРЖДАЮТ ДИАГНОЗ ХРОМОСОМНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. исследования биохимические
2. генеалогический анализ
3. микробиологические исследования
4. определение кариотипа и полового хроматина

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ НИЖЕ ПРИВЕДЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ:

1. желтуха появляется на 2-3-й день после рождения.
2. низкая активность глюкуронилтрансферазы.
3. уровень сывороточного билирубина достигает пика в 108 мкмоль/л на 3-й день.
4. на 2-й день в моче определяются желчные пигменты.
5. повышена энтерогепатическая циркуляция желчи.

АКУШЕР ПРЕДУПРЕЖДАЕТ ВАС, ЧТО РОДИВШАЯ ЖЕНЩИНА ЯВЛЯЕТСЯ НОСИТЕЛЕМ ПОВЕРХНОСТНОГО АНТИГЕНА ГЕПАТИТА В (HBSAG). КАКОВЫ БУДУТ ВАШИ ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО МЛАДЕНЦА:

1. скрининг ребенка на HBsAg.
2. изоляция ребенка во избежание распространения инфекции.

3. скрининг матери на антиген гепатита В.
4. назначение ребенку противогепатитного В иммуноглобулина и вакцины против гепатита В.
5. бездействие, так как трансплацентарно проникающие от матери антитела предохранят ребенка от гепатита В.

КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ ДЛЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 НЕДЕЛЯ:

1. не ниже 120 г/л
2. не ниже 130 г/л
3. не ниже 150 г/л
4. не ниже 180 г/л

КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ ДЛЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 2 НЕДЕЛИ:

1. не ниже 120 г/л
2. не ниже 130 г/л
3. не ниже 150 г/л
4. не ниже 180 г/л

КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ ДЛЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 НЕДЕЛИ:

1. не ниже 120 г/л
2. не ниже 130 г/л
3. не ниже 150 г/л
4. не ниже 180 г/л

КАКОВ ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ (ОЦК) У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО:

1. 60-70 мл/кг
2. 80-90 мл/кг
3. 100-120 мл/кг
4. 120-130 мл/кг

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. подозрение на внутричерепное кровоизлияние
2. подозрение на менингит
3. гипертензионно-гидроцефальный синдром
4. все ответы правильные

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РАВНО:

1. 1-2 см вод. ст.
2. 4-6 см вод. ст.
3. 8-10 см вод. ст.
4. 10-12 см вод. ст.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ IGA И IGM В ПУПОВИННОЙ КРОВИ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1. о степени зрелости ребенка
2. о повышении проницаемости плаценты
3. о встрече с антигеном (инфекционным)
4. о внутриутробной гипоксии

УВЕЛИЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ НВФ В КРОВОТОКЕ МАТЕРИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

1. фетоплацентарной недостаточности
2. хронической в/у гипоксии
3. острой гипоксии
4. фетоматеринской трансфузии
5. отслойке плаценты

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острые инфекционные заболевания в период беременности
2. хронические экстрагенитальные заболевания
3. гинекологические заболевания
4. эндокринные нарушения в организме женщины

КАКУЮ МАССУ ИМЕЕТ ПЛАЦЕНТА ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

1. 500 - 600 г
2. 800 - 900 г
3. 900 - 1000 г
4. 1000 - 1100 г
5. 1200-1300 г

ОСНОВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. трофическая
2. экскреторная
3. эндокринная
4. барьерная
5. все перечисленные

ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД В КОНЦЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНО БЫТЬ:

1. 500 - 800 мл
2. 900-1200 мл
3. 1300 - 1600 мл
4. 1700 - 2000 мл
5. более 2000 мл

ВАЖНОЙ ФУНКЦИЕЙ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ЯВЛЯЕТСЯ:

1. трофическая

2. защита плода от механического воздействия
3. экскреторная
4. обеспечение периода раскрытия в родах
5. все перечисленное

**ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ
МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К:**

1. выкидышу
2. недоношенности
3. преждевременной отслойке плаценты
4. формированию дефектов нервной трубки
5. всему вышеперечисленному

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРЕНАШИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. острые инфекционные заболевания в период беременности
2. хронические экстрагенитальные заболевания
3. гинекологические заболевания
4. эндокринные нарушения в организме женщины

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ АКУШЕРСКИЙ
СТАЦИОНАР ДОЛЖЕН ЗАКРЫВАТЬСЯ:**

1. не менее 1 раза в год
2. не менее 2 раз в год
3. не менее 1 раза в квартал
4. не менее 1 раза в 2 года

**ИССЛЕДОВАНИЕ ФОСФОЛИПИДОВ В ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ
СЛУЖИТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ:**

1. пороков развития плода
2. зрелости легких плода
3. многоводия
4. фетоплацентарной недостаточности
5. Rh-конфликта

**КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ УСКОРЯЕТ
СОЗРЕВАНИЕ ЛЕГКИХ ПЛОДА:**

1. партусистен
2. гинипрал,
3. дексаметазон
4. изоптин,
5. парлодел

ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА ХАРАКТЕРНО:

1. низкий рост и вес при рождении, черепно-лицевой дизморфизм
2. ВПС, глухота, гипотрофия
3. ВПС, синдром каудальной регрессии, полидактилия
4. все ответы правильные

У РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ МАТЕРИ, УПОТРЕБЛЯЮЩЕЙ НАРКОТИКИ, ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ:

1. задержка внутриутробного развития (ЗВУР)
2. синдрома отмены
3. внутриутробной инфекции
4. задержки созревания костной системы
5. все перечисленное

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. интранатальная гипоксия плода
2. родовая травма
3. синдром аспирации мекония
4. все ответы верны

МНОГОВОДИЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ:

1. с изоиммунизацией плода
2. с пороками ЦНС
3. с атрезией тонкого кишечника
4. с внутриутробной инфекцией
5. все ответы верны

К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ (ЗВУР) ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ:

1. Rh-сенсбилизация
2. гестоз
3. многоплодная беременность
4. экстаргенитальная патология
5. все ответы верны

ДЛЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ ХАРАКТЕРНО:

1. одна плацента, плода разного пола
2. две плаценты, плоды одинакового пола
3. две плаценты, плоды разного пола
4. одна плацента, плоды одинакового пола

ДЛЯ ДИХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ ХАРАКТЕРНО:

1. одна плацента, плода разного пола
2. две плаценты, плоды одинакового пола
3. две плаценты, плоды разного пола
4. одна плацента, плоды одинакового пола

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ВКЛЮЧАЮТ:

1. кардиотокография

2. УЗ-фетометрия
3. гормональные исследования
4. доплерометрия материнско-плацентарного и фето-плацентарного кровотоков
5. все ответы верны.

НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ СТЕПЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ АСФИКСИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ:

1. преждевременных родах
2. запоздалых родах
3. срочных родах
4. родах в ягодичном предлежании
5. родах в ножном предлежании

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ НАЛОЖЕНИИ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ:

1. центральный парез лицевого нерва
2. периферический парез лицевого нерва
3. перелом плеча
4. травма шейного отдела позвоночника
5. псевдобульбарный паралич

КАКОЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ИНТРАНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ:

1. гематогенный
2. восходящий
3. нисходящий
4. смешанный
5. все перечисленное

РОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ:

1. преждевременным началом
2. патологическим предлежанием одного или обоих плодов
3. выпадением петель пуповины
4. преждевременной отслойкой плаценты
5. все перечисленное

ПРИЧИНОЙ ВЫПАДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ПУПОВИНЫ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

1. тазовое предлежание
2. поперечное положение плода
3. многоплодная беременность
4. многоводие
5. все перечисленное

ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА НЕОБХОДИМА ДЛЯ:

1. определения зрелости новорожденного

2. определения тяжести асфиксии у новорожденного
3. определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка
4. определения степени тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка

ШКАЛА ДАУНСА НЕОБХОДИМА ДЛЯ:

1. определения зрелости новорожденного
2. определения тяжести асфиксии у новорожденного
3. определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка
4. определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного, доношенного и/или переносимого ребенка.

У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В КАНАЛЬЦАХ ПОЧЕК ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ РЕАБСОРБЦИЯ:

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

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

ПРИ РАЗВИТИИ ОЛИГУРИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА НЕОБХОДИМО:

1. введение диуретиков
2. хирургическое вмешательство
3. проведение гемодиализа
4. восполнение ОЦК и нормализация артериального давления

ПРИЗНАКАМИ TORCH-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. ЗВУР
2. гепатоспленомегалия
3. ранняя и/или продолжительная желтуха
4. экзантема
5. все ответы верны

ПНЕВМОНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ:

1. очаговой

2. очагово-сливной
3. полисегментарной
4. интерстициальной

В ЗАЩИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ОТ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

1. клеточный иммунитет
2. гуморальный иммунитет
3. местный иммунитет
4. неспецифические факторы защиты

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ларингит
2. трахеит
3. бронхит
4. бронхиолит

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ОРВИ ОТ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. тяжесть инфекционного токсикоза
2. степень дыхательной недостаточности
3. изменения в гемограмме
4. тяжесть инфекционного токсикоза, изменения в гемограмме

СТЕПЕНЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПО:

1. частоте дыхания
2. наличию цианоза
3. участию в дыхании вспомогательной мускулатуры и втяжению уступчивых мест грудной клетки
4. всем перечисленным признакам

В СВЯЗИ С ФЕНОМЕНОМ КИСТООБРАЗОВАНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

1. сепсисом
2. деструктивной пневмонией
3. пневмонией грамотрицательной этиологии
4. муковисцидозом

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО СТРИДОРА:

1. тяжи и спайки в области голосовой щели
2. врожденная слабость хрящевого каркаса гортани
3. парез голосовых связок
4. все выше перечисленное

ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. появление со 2-3 дня жизни
2. пузыри на ярко гиперемированных участках
3. одновременное присутствие пятен и папул
4. все ответы правильные

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПУЗЫРЧАТКИ НОВОРОЖДЕННЫХ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С:

1. врожденным сифилисом
2. врожденным буллезным эпидермолизом
3. эритродермией Лейнера
4. со всеми перечисленными заболеваниями

ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. появление со 2-3 дня жизни
2. пузыри на ярко гиперемированных участках кожи
3. одновременное присутствие пятен и папул
4. все ответы правильные

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОМИМО ЖЕЛТУХИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ СИМПТОМЫ:

1. диарея
2. рвота
3. геморрагический синдром
4. анорексия

НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:

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

НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ, ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ:

1. полицитемии
2. лейкоцитоза
3. тромбоцитопении
4. все ответы правильные

К РАЗВИТИЮ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ:

1. задержка внутриутробного развития
2. сахарный диабет у матери

3. фето-фетальная гемотрансфузия
4. все перечисленные факторы

СИНДРОМ ПОЛИЦИТЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОБУСЛОВЛЕН:

1. метаболическими нарушениями
2. гемодинамическими расстройствами
3. усиленным эритропоэзом
4. всеми перечисленными факторами

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЮТСЯ:

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

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

АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ:

1. витамина Е
2. витамина В6
3. железа
4. фолиевой кислоты

ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ ТИПИЧНО ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ:

1. аспартатаминотрансферазы (АСТ)
2. аланинаминотрансферазы (АЛТ)
3. альдолазы
4. щелочной фосфатазы

ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ИСЧЕЗАЕТ:

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

ПЕРВЫМИ СИМПТОМАМИ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:

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

ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА С ПОЛНОЙ ФОРМОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. подобрать дозу фермента лактазы и сохранить грудное вскармливание
2. уменьшить объем грудного молока и назначить антибактериальную терапию
3. перевести на искусственное вскармливание адаптированными смесями и назначить биопрепараты
4. полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси

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

1. Ig M
2. Ig G
3. Ig A
4. Ig E

ГИПОНАТРИЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. снижения секреции антидиуретического гормона
2. врожденной гиперплазии коры надпочечников
3. внутривенного введения больших объемов жидкости
4. всех перечисленных факторов

ДЕГИДРАТАЦИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:

1. синдрома дыхательных расстройств
2. язвенно-некротического энтероколита
3. длительного применения диуретиков
4. всех перечисленных факторов

ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К:

1. снижению объема циркулирующей плазмы
2. нарастанию желтухи
3. гипернатриемии
4. все ответы правильные

РАННЯЯ ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. недоношенных новорожденных

2. новорожденных от матерей с сахарным диабетом
3. новорожденных, которым вводился гидрокарбонат натрия
4. всех перечисленных групп детей

ПОЯВЛЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ СЫПИ У РЕБЕНКА С СЕПСИСОМ ОБУСЛОВЛЕНО В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ:

1. сенсбилизацией организма
2. развитием ангиитов и тромбоваскулитов
3. нерациональной антибиотикотерапией
4. повышенной ломкостью сосудов

ДВС-СИНДРОМ ДЛЯ СЕПСИСА:

1. не характерен
2. свойственен
3. характерен в редких случаях
4. характерен при вирусной этиологии

ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАРУШЕНИЕ КОС ПО ТИПУ:

1. кетоацидоза
2. алкалоза
3. лактат-ацидоза
4. респираторного ацидоза

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВИДОМ ГНОЙНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пемфигус
2. везикулопустулез
3. болезнь Риттера
4. псевдофурункулез

В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ ЖИЗНИ КЛИНИЧЕСКИ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ:

1. фенилкетонурию
2. синдром Тея-Сакса
3. одну из форм муковисцидоза (мекониальный илеус)
4. глицинурию

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ:

1. мышечный гипертонус
2. локальные отеки стоп и кистей
3. цианоз
4. макроглоссия

ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО – ТЕРНЕРА:

1. 47 ХУУ

2. 47 ХХУ
3. 45 ХО
4. 47 ХУ+18

КАРИОТИП ПРИ СИНДРОМЕ КЛАЙНФЕЛЬТЕРА:

1. 47 ХУУ
2. 47 ХХУ
3. 45 ХО
4. 47 ХУ+18

ДЛЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО:

1. рецидивирующее или хроническое течение заболевания
2. наличие специфических симптомов
3. вовлечённость в патологический процесс многих органов и систем (полиморфизм), признаки дисплазии
4. всё вышеперечисленное

ВЫДЕЛЕНИЕ ИЗ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МЕТИЦИЛЛИН – РЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВ И ЭНТЕРОКОККОВ УКАЗЫВАЕТ НА НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ОДНОГО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

1. гентамицин
2. диоксидин
3. азитромицин
4. ванкомицин
5. тиенам

В НЕОНАТОЛОГИИ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ЭФФЕКТА СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АМПИЦИЛЛИН ПРИМЕНЯЮТ В СОЧЕТАНИИ С:

1. эритромицином
2. гентамицином
3. ванкомицином
4. тиенамом

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ АМИНОГЛИКОЗИДАМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, КАК ПРАВИЛО, НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

1. 3 дней
2. 7 дней
3. 10 дней
4. 14 дней

АЗИТРОМИЦИН ПЛОХО ПРОНИКАЕТ В:

1. легкие
2. мочевыводящие пути
3. цереброспинальную жидкость
4. жидкость придаточных пазух

АЗИТРОМИЦИН ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ВЫЗВАННЫХ СЛЕДУЮЩИМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ:

1. хламидии
2. микоплазмы
3. пневмококк
4. все ответы верны

ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПАМИНА В ДОЗЕ 0,5-5,0 МКГ/КГ В МИНУТУ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. увеличение диуреза
2. тахикардия
3. артериальная гипертензия
4. гипергликемия
5. тахипноэ

ПРОФИЛАКТИКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. переливание теплой крови или свежезамороженной плазмы
2. раннее прикладывание к груди
3. введение препаратов витамина К
4. поздняя перевязка пуповины

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НЕ РАНЕЕ ОДНОГО ИЗ УКАЗАННЫХ СРОКОВ:

1. 5 часов жизни
2. вторых суток жизни
3. 3-5 дня жизни
4. 7-10 день жизни
5. 3-4 недельного возраста

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НАЧИНАЮТ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ОДНИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

1. тироксин
2. трийодтиронин
3. тиреоидин
4. тиреотом

ДОЗУ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ТОЧНО МОЖНО ПОДОБРАТЬ ПОД КОНТРОЛЕМ:

1. уровня 17-гидроксипрогестерона в крови
2. экскреции 17-кетостероидов с мочой
3. активности ренина плазмы
4. уровня АКТГ в крови

5. уровня кортизола в крови

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОРМЛЕНИЮ ГРУДЬЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. галактоземия
2. фенилкетонурия
3. болезнь "кленового сиропа"
4. все ответы правильные

ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ МАТЕРИ, ПРИ ОТСУТСТВИИ У НЕЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ:

1. в течение первых 30 минут
2. через 3-4 часа
3. через 4-6 часов
- г) через 8-12 часов
5. на следующие сутки

173. К ПРИНЦИПАМ СВОБОДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

1. раннее прикладывание к груди
2. кормление ребенка по требованию
3. «неограниченное» пребывание у груди
4. совместное пребывание ребенка с матерью
5. все ответы верны

РАННЕЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ СПОСОБСТВУЕТ:

1. быстрому созданию нормального биоценоза кишечника новорожденного
2. снижению риска возникновения патологической потере веса
3. стимулирует выработку пролактина
4. снижает риск возникновения послеродовых осложнений у матери
5. всему перечисленному

ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. безводный промежуток более 6-12 часов
2. позднее прикладывание к груди
3. пребывание в роддоме более 3-х суток
4. назначение докорма
5. все перечисленное

МОЛОКО ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОДИВШИХ ЖЕНЩИН СОДЕРЖИТ:

1. больше белка
2. меньше белка
3. больше жиров
4. больше углеводов
5. меньше натрия

УКАЖИТЕ, ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ (БЦЖ - М) НА МЕСТЕ ИНЪЕКЦИИ ВОЗНИКАЕТ ПАПУЛА:

1. 7 дней
2. 2-3 нед
3. 4-6 нед
- г) 6-8 нед
- д) 2-3 мес

ВАКЦИНА БЦЖ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

1. убитые МБТ
2. живые МБТ
3. анатоксин
4. расщепленную вакцину
5. субъединичную вакцину

В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РДС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ПНЕВМОНИИ:

1. 1-2 день
2. 3-4 день
3. 5-6 день
4. 7-8 день
5. 9-10 день

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОВЫШЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ УГЛЕВОДОВ В КАЛЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. первичный генетический дефект
2. транзиторная лактазная недостаточность как результат незрелости
3. вторичная лактазная недостаточность, развившаяся на фоне затяжных кишечных инфекций
4. диета, богатая углеводами

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПУТЁМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гематогенный
2. лимфогенный
3. бронхогенный
4. смешанный

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. флегмона
2. остеомиелит
3. пиодермия
4. рожистое воспаление

У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПНЕВМОНИИ:

1. вирусно-бактериальные
2. бактериальные
3. паразитарные
4. вирусные

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. субдуральные
2. эпидуральные
3. в боковые желудочки мозга
4. в вещество мозга

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пренатальная патология
2. родовая травма
3. обменные нарушения
4. внутриутробная инфекция

ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОЙ НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ:

1. гиперкальциемия
2. гипермагниемия
3. гипонатриемия
4. гипернатриемия

БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОМУ ТЕЧЕНИЮ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ:

1. полицитемия
2. низкая оценка по шкале Апгар
3. гипергликемия
4. гипокалиемия

ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ:

1. субарахноидального кровоизлияния
2. паренхиматозного кровоизлияния
3. внутриутробной гипотрофии
4. незрелости

ПРОВЕДЕНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ:

1. появлением жидкого стула
2. синдромом сгущения желчи
3. развитием гемолитической анемии
4. присоединением инфекции

ВХОДНЫМИ ВОРОТАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ СЕПСИСЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кишечник
2. легкие
3. пупочная ранка
4. мацерированная кожа

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гемолитическая болезнь новорожденных
2. незрелость печени
3. неонатальный гепатит
4. внутриутробные инфекции

ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

1. нитропрусида натрия
2. компламина
3. дексаметазона
4. индометацина
5. курантила

РУЧНУЮ ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С ЧАСТОТОЙ:

1. 40 – 60 дыханий в минуту
2. 20 – 30 дыханий в минуту
3. 30 – 50 дыханий в минуту
4. 10 – 20 дыханий в минуту

ЕСЛИ У РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ ОТСУТСТВОВАЛО САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ И ЕМУ НАЧАТО ПРОВЕДЕНИЕ РУЧНОЙ ИВЛ, ПЕРВЫЕ 2-3 ВДОХА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПОД ДАВЛЕНИЕМ:

1. 30 – 40 см вод. ст.
2. 10 – 15 см вод. ст.
3. 20 – 25 см вод. ст.
4. 10 – 20 см вод. ст.

НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОКАЗАН, ЕСЛИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АДЕКВАТНОЙ ИВЛ В ТЕЧЕНИЕ 30 СЕКУНД ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ОСТАЕТСЯ НИЖЕ:

1. 80 ударов в минуту
2. 60 ударов в минуту
3. 100 ударов в минуту
4. 70 ударов в минуту

НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ МОЖНО ПРЕКРАТИТЬ, КОГДА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ДОСТИГАЕТ:

1. 60 ударов в минуту и выше
2. 80 ударов в минуту и выше
3. 100 ударов в минуту и выше
4. 50 ударов в минуту

КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, СОСТАВЛЯЕТ:

1. 1: 10000
2. 1: 100000
3. 1: 1000
4. 1: 5000

ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ:

1. 0,1 – 0,3 мл/кг (0,01 – 0,03 мг/кг) приготовленного раствора
2. 0,2 – 0,4 мл/кг (0,02 – 0,04 мг/кг) приготовленного раствора
3. 0,5 – 1,0 мл/кг (0,05 – 0,1 мг/кг) приготовленного раствора
4. 0,6 – 0,7 мл/кг (0,06 – 0,07 мг/кг) приготовленного раствора

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. оценить частоту сердечных сокращений
4. удалить содержимое желудка

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

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

ВВЕДЕНИЕ РОТОВОГО ВОЗДУХОВОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАСОЧНОЙ ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОКАЗАНО ПРИ:

1. двусторонней артезии хоан
2. атрезии пищевода
3. синдроме Пьера-Робина
4. диафрагмальной грыже
5. двусторонней атрезии хоан и синдроме Пьера - Робина

ОСНОВНЫМИ ЭФФЕКТАМИ, ОЖИДАЕМЫМИ ПРИ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. периферическая вазоконстрикция
2. улучшение микроциркуляции
3. увеличение силы и частоты сердечных сокращений
4. ликвидация метаболического ацидоза
5. периферическая вазоконстрикция, увеличение силы и частоты сердечных сокращений

О ГИПОВОЛЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ЖИЗНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:

1. бледность кожных покровов, несмотря на адекватную оксигенацию
2. периферический пульс слабого наполнения при отсутствии брадикардии
3. отсутствие эффекта от проводимых реанимационных мероприятий
4. положительный симптом бледного пятна
5. все ответы правильные

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ В СТУЛЕ БОЛЬШОЙ ПРИМЕСИ КРОВИ (МЕЛЕНЫ) МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ:

1. язвенно-некротизирующий энтероколит
2. геморрагическая болезнь новорожденного
3. ДВС-синдром
4. все ответы верны

МЕТОД СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ ПОД ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ:

1. болезни гиалиновых мембран
2. синдроме персистирующей легочной гипертензии
3. апноэ у недоношенных
4. все ответы верны

МЕТОД СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ ПОД ПОСТОЯННЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ:

1. болезни гиалиновых мембран
2. синдроме персистирующей легочной гипертензии
3. апноэ у недоношенных
4. все ответы верны

ВВЕДЕНИЕ НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТА НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО ПРИ:

1. респираторном ацидозе
2. перед проведением вспомогательной ручной вентиляции
3. тяжёлом метаболическом ацидозе
4. алкалозе

РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. коарктации аорты
2. аномального легочного дренажа легочных вен
3. ДМЖП
4. тетрады Фалло

ДЛЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНЫ:

1. прогрессирующая эмфизема легких
2. снижение PaO₂
3. респираторный ацидоз
4. гипотрофия правого сердца
5. все перечисленные признаки

УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОТОРОГО МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ В ВИДЕ ТАХИКАРДИИ, СУДОРОВ, ВОЗБУЖДЕНИЯ, РВОТЫ, ГИПЕРГЛИКЕМИИ:

1. глюконат кальция
2. эуфиллин
3. оксibuтират натрия
4. магния сульфат

ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ:

1. этимизол
2. кофеин
- 3 преднизолон
4. кордиамин

ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ:

1. живот ладьевидной формы
2. на стороне патологии дыхание не проводится
3. сердечные тоны смещены в здоровую сторону
4. все ответы правильные

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА РВОТЫ МОЛОКОМ ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. врожденный порок зоны привратника
2. мембранный стеноз привратника
3. симпатотония
4. ваготония
5. биохимический дефект стероидогенеза

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА РВОТЫ МОЛОКОМ ПРИ ПИЛОРОСПАЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. генетический порок зоны привратника
2. мембранозный стеноз привратника

3. симпатотония
4. ваготония
5. ахалазия кардии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ДЫХАНИЯ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ВЫДОХЕ В ЛЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. синдром аспирации мекония
2. внутриутробная пневмония
3. пневмоторакс
4. РДСН

ПРИ РАЗВИТИИ У РЕБЕНКА НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО:

1. начать ингаляцию 100% кислорода
2. начать методику СДППД
3. выполнить однократную пункцию плевральной полости и удалить из нее воздух шприцем
4. выполнить плевральную пункцию и наладить активный дренаж плевральной полости.

ДЛЯ СТАДИИ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:

1. значительное снижение артериального давления и объема циркулирующей крови, низкое центральное давление, тахикардия
2. нормальное артериальное давление, сниженный объем циркулирующей крови, нормальное центральное давление, тахикардия
3. повышенное артериальное давление, нормальный объем циркулирующей крови, высокое центральное давление, брадикардия
4. сниженное артериальное давление, нормальный объем циркулирующей крови, высокое центральное давление, брадикардия

ПРИ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ НОВОРОЖДЕННЫМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЕЖЕДНЕВНЫЙ ПРИРОСТ ЕЁ СУТОЧНОГО ОБЪЕМА МОЖЕТ СОСТАВЛЯТЬ:

1. 5 мл/кг
2. 10 мл/кг
3. 20 мл/кг
4. 25 мл/кг
5. 30 мл/кг

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПОКАЗАНА ПРИ PаСО₂:

1. более 40 мм. рт. ст.
2. более 50 мм. рт. ст.
3. более 60 мм. рт. ст.
4. более 70 мм. рт. ст.

ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. P_{aO_2}
2. P_{aCO_2}
3. pH
4. VE

СРОКИ ГЕСТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. 22 неделя - 259 день
2. 259-294 день
3. >294дня
4. 28 неделя - 259 день
5. 270-290 день

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. в катаболической направленности белкового обмена
2. в гипогликемии, метаболическом ацидозе
3. в катаболической направленности белкового обмена, метаболическом ацидозе, гипогликемии

ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА РЕБЕНКА:

1. снижается
2. повышается
3. нормальная

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ СОСТАВЛЯЕТ:

1. 5-8%
2. 10-12%
3. >12%
4. >15%

К ТРАНЗИТОРНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ОТНОСЯТСЯ:

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

ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПОВЕРХНОСТЬ ПЛАЦЕНТЫ:

1. увеличивается
2. остается неизменной
3. уменьшается

МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНЫЙ КРОВОТОК В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ:

1. замедляется
2. ускоряется

ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ УРОВЕНЬ БЕЛКА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ :

1. увеличивается
2. остается неизменным
3. уменьшается

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АСПИРАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недоношенность
2. гипоксия плода
3. инфекционное заболевание матери
4. гемолитическая болезнь новорожденных
5. врожденный порок сердца

РЕНТГЕНОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННЫХ (БОЛЕЗНЬ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. снижением прозрачности легкого со смещением органов средостения в пораженную сторону
2. ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочной полей
3. точечные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления на фоне понижения прозрачности легочных полей
4. инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией
5. прозрачность легочных полей понижена, сосудистый рисунок усилен вплоть до картины "белого легкого"

ДЕКСТРАКАРДИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

1. эмбриопатии
2. ранней фетопатии
3. поздней фетопатии
4. гаметопатии

СИНДРОМ ДАУНА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ:

1. химических
2. радиационных
3. хромосомной аберации
4. эндокринных нарушений

ВРОЖДЕННАЯ КАТАРАКТА ПРИ КРАСНУШНОЙ ЭМБРИОФЕТОПАТИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВОЗДЕЙСТВИИ ВИРУСА НА ПЛОД В ПЕРИОД:

1. эмбриогенеза
2. фетогенеза
3. бластогенеза

ЕСЛИ БЕРЕМЕННАЯ СТРАДАЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ТО У ПЛОДА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ:

1. эмбриопатии
2. фетопатии
3. эмбриофетопатии

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА:

1. снижено
2. соответствует норме
3. повышено

ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА ТОКСОПЛАЗМОЙ БОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, ЕСЛИ У БЕРЕМЕННОЙ ФОРМА ТОКСОПЛАЗМОЗА:

1. острая
2. хроническая

НОВОРОЖДЕННЫЙ С ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХОЙ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ:

1. является
2. не является

ПЕРЕДАЧА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ДОНОРСКОЙ КРОВЬЮ:

1. возможна
2. невозможна

УЧИТЫВАЯ КРОВОТОК ПЛОДА, ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЕТСЯ:

1. печень
2. селезенка
3. головной мозг
4. легкие

ПАРЕЗЫ, ПАРАЛИЧИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЮТ ИСХОДОМ ВНУТРИУТРОБНО ПЕРЕНЕСЕННОГО:

1. сифилиса
2. краснухи
3. токсоплазмоза
4. листериоза

ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРИ ВРОЖДЕННОМ:

1. листериозе
2. сифилисе
3. краснухе
4. токсоплазмозе

ВОСХОДЯЩИЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ:

1. токсоплазмы
2. листерий
3. вируса краснухи
4. цитомегаловируса

РАЗВИТИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ:

1. сифилитической
2. токсоплазменной
3. цитомегаловирусной

ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИТИЕ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА:

1. характерно
2. нехарактерно

ПРИ ФЕТАЛЬНОМ ГЕПАТИТЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. непрямого билирубина
2. прямого билирубина

НЕЗРЕЛОСТЬ ГЛЮКУРОНИЛТРАНСФЕРАЗЫ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИЧИНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ :

1. является
2. не является

ПРИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПОВЫСИЛСЯ ДО:

1. 150 мкмоль/л
2. 250 мкмоль/л
3. 340 мкмоль/л
4. 100 мкмоль/л

ФОТОТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННОГО, ЕСЛИ ОНА ОБУСЛОВЛЕНА ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ:

1. прямого билирубина

2. непрямого билирубина

ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ЖЕЛТУХА ОБЪЯСНЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В КРОВИ УРОВНЯ:

1. непрямого билирубина
2. прямого билирубина

ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ:

1. характерно
2. нехарактерно

ЕСЛИ У МАТЕРИ АВ (IV) ГРУППА КРОВИ, А У РЕБЕНКА О (I) ГРУППА, РАЗВИТИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:

1. происходит
2. не происходит

ПО ХАРАКТЕРУ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА АНЕМИЯ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСИТСЯ К:

1. гиперрегенераторной
2. гипорегенераторной

В АНАЛИЗЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИМЕЕТ МЕСТО:

1. анемия, ретикулоцитоз
2. анемия, лейкоцитоз
3. анемия, тромбоцитопения

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГБН ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ НЕОБХОДИМО ВЗЯТЬ КРОВЬ С:

1. группой крови ребенка, резус-фактор отрицательный
2. группой крови матери, резус-фактор отрицательный
3. группой крови ребенка, резус-фактор положительный

ПРИ ГБН ЖЕЛТУХА ПОЯВЛЯЕТСЯ НА:

1. 1 -е сутки жизни
2. 3-й сутки жизни
3. 5-е сутки жизни

ПРИ ГБН ИМЕЕТ МЕСТО:

1. повышение уровня непрямого билирубина, анемия, ретикулоцитоз
2. повышение уровня прямого билирубина и активности трансаминаз
3. повышение уровня прямого и непрямого билирубина
4. повышение уровня непрямого билирубина и активности трансаминаз

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ:

1. сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
2. коагуляционного звена гемостаза

СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ НОВОРОЖДЕННОГО В ВИТАМИНЕ К:

1. 5 мкг
2. 10 мкг
3. 20 мкг

ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОТРОМБИНОВЫЙ КОМПЛЕКС:

1. нормальный
2. повышен
3. снижен

ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ТРОМБИНОВОЕ ВРЕМЯ:

1. нормальное
2. укорочено
3. удлинено

ИЗОИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1. недостаточного образования тромбоцитов
2. несовместимости крови матери и плода по АВО-системе
3. несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
4. наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов

ТРАНСПЛАЦЕНТАРНАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ВОЗНИКАЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ:

1. недостаточном образовании тромбоцитов
2. несовместимости крови матери и плода по АВО-системе
3. несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
4. иммунной тромбоцитопенической пурпуре у матери

ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пятно
2. пузырек
3. эрозия
4. чешуйка

ДЛЯ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ДЕРМАТИТА РИТТЕРА У НОВОРОЖДЕННЫХ СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО:

1. характерен
2. нехарактерен

ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вялый пузырь
2. эрозия
3. пятно с четкими краями

ДЛЯ МОКНУЩЕГО ПУПКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. грибовидная опухоль на дне пупочной раны
2. отек и гиперемия книзу от пупочной раны
3. серозное отделяемое из пупочной раны
4. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
5. язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями в пупочной ране

ГНОЙНЫЙ ОМФАЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. серозным отделяемым из пупочной раны
2. положительным симптомом Краснобаева
3. грибовидной опухолью на дне пупочной раны
4. отеком и гиперемией книзу от пупочной раны
5. отеком, гиперемией пупочного кольца, гнойным отделяемым из пупочной раны

ДЛЯ ФУНГУСА ПУПКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. серозное отделяемое из пупочной раны
2. отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
3. положительный симптом Краснобаева
4. язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями в пупочной ране
5. грибовидная опухоль на дне пупочной раны

ДЛЯ ФЛЕБИТА ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. положительный симптом Краснобаева
2. грибовидная опухоль на дне пупочной раны
3. язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями в пупочной ране
4. отек и гиперемия книзу от пупочной раны
5. серозное отделяемое из пупочной раны

КАШЕЛЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. характерен
2. не характерен

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ:

1. массивное снижение прозрачности легочной ткани

2. облакоподобные рассеянные тени
3. усиление легочного рисунка

ПЕРЕВАРИВАЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ФАГОЦИТОВ ПРИ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. значительно повышена
2. резко снижена
3. не изменена

КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. угнетен
2. активизирован
3. не изменен

СЕТИЦЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. наличием гнойных очагов, отсутствием инфекционного токсикоза
2. выраженным инфекционным токсикозом, одним или несколькими гнойными очагами
3. выраженным инфекционным токсикозом, отсутствием метастатических гнойных очагов

ДЛЯ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. наличие гнойных очагов, отсутствие инфекционного токсикоза
2. выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
3. выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие метастатических гнойных очагов

ПРИЧИНОЙ АХАЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недоразвитие симпатических нервных волокон, приводящее к понижению тонуса кардиального отдела желудка
2. недоразвитие парасимпатического ростка, приводящее к кардиоспазму инфекционный фактор
3. генетическая предрасположенность

ПРИЧИНОЙ ХАЛАЗИИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недоразвитие симпатических нервных волокон, приводящее к понижению тонуса кардиального отдела желудка
2. генетическая предрасположенность
3. недоразвитие парасимпатического ростка, приводящее к кардиоспазму

ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ УРОВЕНЬ КАЛИЯ:

1. увеличивается
2. остается неизменным

3. уменьшается

ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:

1. гиперкалиемия, гипонатриемия, гипогликемия, снижение уровня кортизола
2. снижение уровня кортизола, гипергликемия, ускорение развития ядер окостенения
3. ускорение развития ядер развития, гиперхлоремия, гипонатриемия

ПРИ ГИПОТЕРИОЗЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

1. тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3) снижены
2. Т4 снижен
3. Т4 и Т3 снижены, ТТГ повышен
4. Т4, Т3 и ТТГ снижены

ПРИ НЕБУЛЛЕЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ БРОКА НОВОРОЖДЕННОМУ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА:

1. целесообразно
2. нецелесообразно

ПРИ СИНДРОМЕ «НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА» (СИНДРОМ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА) В АНАЛИЗЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. анемия
2. лейкоцитоз
3. лейкопения
4. эозинофилия
5. тромбоцитопения

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА НОВОРОЖДЕННОМУ ПРИМЕНЯЮТ:

1. гормональную терапию
2. гормональную терапию + инфузионную терапию
3. гормональную терапию + инфузионную терапию, антибактериальную терапию

ДЛЯ СИНДРОМА «НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА» (СИНДРОМА БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА) ХАРАКТЕРНО:

1. "пергаментная кожа"
2. множественные пузыри на неизменной коже с серозным содержимым
3. пузыри, расположенные на ладонях и стопах
4. пигментация коричневого цвета, линейно расположенная в виде "брызг грязи"

5. уплотнения кожи и подкожной жировой клетчатки, имеющие багрово-цианотичный цвет

МИНИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ ТЕЛА У НЕДОНОШЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ НА:

1. 3-4-й день
2. 7-10-й день
3. 5-7-й день

ОСМОТР ПЕДИАТРОМ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА НА ПЕРВОМ МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ:

1. не реже 1 раза в неделю
2. каждые 3 дня
3. по мере необходимости
4. 2 раза в месяц

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СДР ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:

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

ПРИ ПЕРВИЧНЫХ АТЕЛЕКТАЗАХ В ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

1. чередование "немых" участков и участков с нормальным дыханием
2. ослабленное дыхание, возможно появление крепитирующих хрипов на 2-3-и сутки жизни
3. жесткое дыхание, сухие хрипы

ПРИ БОЛЕЗНИ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН В ЛЕГКИХ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

1. ослабленное дыхание, большое количество влажных хрипов
2. резко ослабленное дыхание вплоть до немого легкого
3. ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы

ПРИ ПЕРВИЧНЫХ АТЕЛЕКТАЗАХ ПЕРКУТОРНО В ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

1. коробочный оттенок перкуторного звука или чередования участков притупления и коробочного звука
2. притупление перкуторного звука над всей поверхностью легких
3. притупление перкуторного звука над одним легким и коробочный оттенок над другим

КАКОЙ ПЕРИОД НАЗЫВАЮТ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ:

1. с момента рождения до 7 дня жизни
2. с момента оплодотворения до родов

3. с 23-й недели внутриутробного развития до 7 дня жизни
4. с 28-й недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни

ПРИ КАКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ КОНЬЮНКТИВИТ:

1. при токсоплазмозе
2. при микоплазмозе
3. при хламидиозе
4. при цитомегалии

БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ НЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ АКТГ, ТАК КАК:

1. возможна антенатальная гибель плода
2. повышается риск внутриутробной инфекции
3. возможно развитие у плода феохромоцитомы
4. может произойти вирилизация плода женского пола

УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ПРИ АКТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У МАТЕРИ:

1. трансплацентарный
2. восходящий
3. через половые клетки отца и матери
4. при прохождении плода по родовым путям

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. внутриутробная гипотрофия, желтуха, спленомегалия
2. гипертермия, папулезная сыпь, гепатомегалия, увеличение лимфатических узлов
3. врожденная катаракта, эритематозная сыпь, жидкий стул
4. лихорадка, везикулезная сыпь, менингит, асцит

ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК РОЖДАЕТСЯ ПРИ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ (НЕД):

1. 38-41
2. 37-35
3. 35-32
4. 22-28

РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЛИТСЯ:

1. с рождения до 28 дней жизни
2. весь период родов
3. с рождения до 7 дней жизни
4. с начала родовой деятельности до 7 дней жизни
5. с 28 недели гестации до 7 дней после рождения

ПОЗДНИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЛИТСЯ:

1. с рождения до 28 дней жизни
2. с 7 дней до 28 дней жизни
3. с 7 дней жизни до 1 года
4. с рождения до 7 дней жизни
5. с рождения до 40 дней

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПЕРИОД:

1. антенатальный, интранатальный
2. интранатальный, ранний неонатальный
3. интранатальный, период новорожденности
4. антенатальный, интранатальный, ранний неонатальный
5. эмбриональный

В СТРУКТУРУ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ВХОДЯТ ДЕТИ:

1. умершие во время родов
2. умершие в первые 7 дней жизни
3. умершие в течение первых 28 дней жизни
4. умершие во время родов, в первые 7 дней жизни и мертворожденные
5. умершие в родах

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА У ДОНОШЕННЫХ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОЯВЛЯЕТСЯ И ДЛИТСЯ:

1. на 2-3 день и длится до 7-10 дней
2. в первые 12 часов и длится 7 дней
3. на 6 день и длится 3 недели
4. на 2 сутки и длительная
5. при рождении

КОНЪЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПОЯВЛЯЕТСЯ И ДЛИТСЯ:

1. на 1 сутки и длится до 5 дней
2. на 2 сутки и длится 2-3 недели
3. на 6 сутки и длится 1 месяц
4. на 2 сутки и длительная
5. на 5 сутки, длится 2 месяца

РЕБЕНКУ 5 ДНЕЙ. ВЕС-3600 Г, ОТ 1 БЕРЕМЕННОСТИ, СРОЧНЫХ РОДОВ В СРОКЕ 40 НЕДЕЛЬ, МАССА ПРИ РОЖДЕНИИ-3800 Г, РОСТ 52СМ. ПОТЕРЯ ВЕСА-200 Г ЗА 5 ДНЕЙ. ВАША ТАКТИКА:

1. лечения не требует, потеря физиологическая
2. требует лечения путем инфузионной терапии
3. требуется введение дополнительного питания
4. требуется обследование на наличие заболеваний
5. пероральная регидратация

У РЕБЕНКА НА 3-4 СУТКИ ПОЯВИЛОСЬ УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ БЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ И СОХРАНЯЛОСЬ В ТЕЧЕНИЕ 3-4 НЕДЕЛЬ, О ЧЕМ МОЖНО ДУМАТЬ:

1. мастит
2. флегмона грудной клетки
3. половой криз
4. локальный отек
5. абсцесс

У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИСТУПЫ ЦИАНОЗА И АПНОЭ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПОПЫТКЕ НАКОРМИТЬ ЕГО И ПРОХОДЯЩИЕ ВО ВРЕМЯ КРИКА. О ЧЕМ МОЖНО ДУМАТЬ:

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. атрезия хоан
3. СДР
4. синдром свисающего неба
5. тетрада Фалло

ПРИ ЛЮБОМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (Г):

1. 2 500
2. 2 000
3. 1 500
4. 1 200
5. 1 000

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ С (НЕД):

1. 18
2. 19
3. 20
4. 21
5. 22

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА НА (НА ПОЛНЫЙ ДЕНЬ):

1. сразу
2. 2
3. 4
4. 6
5. 7

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ- ЭТО СМЕРТЬ ДЕТЕЙ (НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ И МЕРТВЫМИ):

1. до начала родовой деятельности
2. в родах
3. с 28 недели гестации по первые 28 дней жизни

4. в первые 7 дней после рождения
5. с 22 недели гестации по первые 7 дней жизни

НЕОНАТАЛЬНАЯ (РАННЯЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ) СМЕРТНОСТЬ- ЭТО СМЕРТЬ ДЕТЕЙ (НА 1000 ЖИВОРОЖДЕННЫХ) В ДНИ ЖИЗНИ:

1. в родах
2. с 22 недели гестации по первые 7
3. с 28 недели гестации по 28
4. первые 28
5. первые 7

ИНТРАНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ- ЭТО СМЕРТЬ (НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫХ И МЕРТВЫХ):

1. в 1-ый период родов
2. до начала родовой деятельности
3. с начала родовой деятельности до прорезывания головки
4. в 3-й период родов
5. с начала родовой деятельности до рождения ребенка

НОРМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА (В 1 МИН):

1. менее 100
2. менее 120
3. 140-160
4. 160-180
5. 180-200

РАННЯЯ СМЕРТЬ ПЛОДА - ЭТО СМЕРТЬ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ:

1. 20
2. 25
3. 30
4. 28
5. 24

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ СМЕРТЬ ПЛОДА - ЭТО СМЕРТЬ С (НЕД):

1. 20 по 22
2. 25 по 28
3. 20 по 28
4. 24 по 28
5. 26 по 28

ПОЗДНЯЯ СМЕРТЬ ПЛОДА (МЕРТВОРОЖДЕНИЕ)- ЭТО СМЕРТЬ ПОСЛЕ (НЕД):

1. 20
2. 24
3. 26

4. 28

5. 22

ПОКАЗАНИЕМ К ВНУТРИВЕННОМУ ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ САХАРА В КРОВИ НИЖЕ (ММОЛЬ/Л):

1. 4,0

2. 3,0

3. 3,5

4. 2,2

5. 2,0

ПУПОВИНА ДОЛЖНА БЫТЬ ПЕРЕВЯЗАНА НОВОРОЖДЕННОМУ:

1. сразу после рождения

2. после прекращения пульсации пуповины, на первой минуте жизни

3. на 3-5 минуте

4. на 5-10 минуте

5. через 15 минут

В ОТДЕЛЕНИЯХ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА КАЖДОГО РЕБЕНКА ПОЛОЖЕНА ПЛОЩАДЬ (КВ.М.):

1. 2

2. 4

3. 6-7

4. 8

5. 10

РЕШАЮЩИМ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА: АНЕМИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ФЕТОМАТЕРИНСКОЙ ТРАНСФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. положительный тест Апта у ребенка

2. тромбоцитопения

3. лейкоцитоз

4. увеличение печени и селезенки

5. обнаружение в крови у матери фетального гемоглобина более 5%

РЕБЕНОК НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ ЖИЗНИ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ: ПУЛЬС 90 В МИН, ОБЩИЙ ЦИАНОЗ, МЫШЕЧНАЯ АТОНИЯ, ГРИМАСА, НЕ ДЫШИТ. ЭТОТ РЕБЕНОК ПО ШКАЛЕ АПГАР СООТВЕТСТВУЕТ (БАЛЛЫ):

1. 6

2. 4

3. 3

4. 2

5. 1

РЕБЕНКУ, РОДИВШЕМУСЯ В ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ, ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА 1:10000 В/В В ДОЗЕ (МЛ/КГ):

1. 1
2. 0,5
3. 0,4
4. 0,3-0,1
5. 0,05

ДИАГНОЗ АНЕМИИ НОВОРОЖДЕННОМУ ВСЛЕДСТВИЕ ФЕТОФЕТАЛЬНОЙ ТРАНСФУЗИИ ПОМОГАЕТ ПОСТАВИТЬ:

1. лейкоцитоз
2. низкий цветной показатель
3. высокое содержание эритроцитов и Нв у второго ребенка
4. нормальное количество эритроцитов и Нв у второго ребенка
5. ретикулоцитоз

В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СТОИТ:

1. ГБН
2. сепсис
3. врожденные пороки
4. СДР - гиалиновые мембраны
5. пневмонии

НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РДС ЯВЛЯЕТСЯ:

1. дыхательный объем
2. МОД
3. парциальное напряжение кислорода и углекислого газа крови
4. частота дыхания
5. рН крови

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ РДС У НЕДОНОШЕННЫХ ВЫШЕ ПРИ СООТНОШЕНИИ ЛЕЦИТИНА К СФИНГОМИЕ-ЛИНУ:

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

ТЕСТ АПТА ПОДТВЕРЖДАЕТ ЧТО:

1. взрослый Нв является щелочно-резистентным
2. фетальный Нв- щелочно-резистентный
3. серповидный Нв- щелочно-резистентный
4. резус чувствительные клетки- щелочно-резистентные
5. в крови у матери находится фетальный Нв

РЕБЕНКУ 5 ДНЕЙ, МАССА ПРИ РОЖДЕНИИ 2000 Г, РОСТ 45СМ, СРОК ГЕСТАЦИИ 34 НЕД. КОРМЛЕНИЕ СЦЕ-ЖЕННЫМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ

ЧЕРЕЗ ЗОНД. ДИАГНОЗ: НЕДОНОШЕННОСТЬ 2 СТ, НЕЗРЕЛОСТЬ. УГРОЗА РАЗ-ВИТИЯ ВУИ .ВАША РЕШЕНИЕ:

1. оставить в роддоме
2. перевести на 2 -ой этап- в отделение недоношенных
3. выписать домой
4. перевести в отделение реанимации

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РДС У НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. СДПД
2. дача гелий-кислородной смеси
3. масочная оксигенация
4. ГБО
5. ИВЛ

ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛИТСЯ:

1. с рождения до 7 дней жизни ребенка
2. с начала родовой деятельности до 28 дней жизни
3. с рождения до 28 дней жизни
4. с рождения до 40 дней жизни
5. первый год жизни

ПОРАЖЕНИЕ КАКОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ГБН ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ:

1. сердечно-сосудистой формы
2. центральной нервной системы
3. дыхательной системы
4. кроветворной системы
5. мочевыделительной

КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ДОНОРСКОЙ КРОВИ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГБН:

1. 10-20 мл/кг
2. 50-70 мл/кг
3. 100-140 мл/кг
4. 160-180 мл/кг

КАКИЕ ДАННЫЕ ИЗ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРИ С РН-ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ МОГУТ УКАЗАТЬ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГБН У НОВОРОЖДЕННОГО:

1. ранний гестоз
2. мертворожденность, медицинские аборт
3. поздний гестоз
4. сахарный диабет
5. кольпит

КАКОЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТИЧЕСКИМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ:

1. 95 - 125 мкмоль/л
2. 120 - 135 мкмоль/л
3. 150 - 160 мкмоль/л
4. более 171 мкмоль/л

КАКОЙ УРОВЕНЬ БИЛИРУБИНА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТ КРИТИЧЕСКИМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХИ:

1. 115 - 125 мкмоль/л
2. более 340 мкмоль/л
3. 280 - 300 мкмоль/л
4. 180 - 230 мкмоль/л

РЕБЕНОК РОДИЛСЯ ОТ 2-Й БЕРЕМЕННОСТИ, 1 РОДОВ В СРОКЕ 36 НЕДЕЛЬ. МАТЕРИ 28 ЛЕТ. 1-Я БЕРЕМЕННОСТЬ- МЕД. АБОРТ, ГРУППА КРОВИ I (O), RH-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ, РАННИЙ ГЕСТОЗ, УГРОЗА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В 12 НЕДЕЛЬ. МАССА ПРИ РОЖДЕНИИ- 2900 Г, РОСТ 45 СМ. АПГАР - 6/7Б, ГРУППА КРОВИ У РЕБЕНКА I (O) RH(+). РЕБЕНОК ВЯЛЫЙ, БОЛЬШОЙ ЖИВОТ, ЖЕЛТУХА ПОЯВИЛАСЬ ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА, УРОВЕНЬ НЕПРЯМОГО БИЛИРУБИНА - 70 МКМОЛЬ/Л. КАКОЙ ВАШ ДИАГНОЗ:

1. асфиксия средней степени, недоношенность 1 ст.
2. ЗВУР, отечный синдром
3. ГБН по Rh-фактору, отечно-желтушная форма, асфиксия умеренной степени.
4. Недоношенность 1 ст.
5. ГБН по Rh-фактору, желтушная форма, ЗВУР

К ПНЕВМОПАТИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. ателектазы легких
2. болезнь гиалиновых мембран
3. отечно-геморрагический синдром
4. аспирационный синдром
5. пневмонии

СУРФАКТАНТНАЯ СИСТЕМА ВНУТРИУТРОБНО НАЧИНАЕТ ВЫРАБАТЫВАТЬСЯ С:

1. 8-10 недели
2. 20-24 недели
3. 30-32 недели
4. 37-38 недели
5. после рождения

СУРФАКТАНТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ:

1. клетками РЭС
2. гепатоцитами
3. альвеоцитами 1 типа

4. альвеоцитами 2 типа
5. миелоцитами

СУРФАКТАНТНАЯ СИСТЕМА ВО 2-ОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ СИНТЕЗИРУЕТСЯ:

1. путем метилирования
2. холиновым путем
3. окислением липидов
4. карбоксилированием
5. этилированием альбумина

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РДС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ ПО ШКАЛЕ:

1. АПГАР
2. Даунса
3. Сильвермана
4. Дубовича
5. Горнак

ПАРАМЕТРАМИ ШКАЛЫ СИЛЬВЕРМАНА ПРИ ОЦЕНКЕ РДС-СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. участие в акте дыхания грудной клетки и передней брюшной стенки
2. втяжение межреберий на вдохе
3. втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе
4. частота сердечных сокращений
5. наличие шумов на выдохе

СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ТЕСТАМИ, КРОМЕ:

1. соотношением лецитина и сфингомиелина
2. определением фосфатидилглицерина и поверхностно активных фосфолипидов
3. "пенного теста" Климентса
4. теста Апта

БОЛЕЗНЬ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ:

1. появление или усиление одышки через 4 часа после рождения, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, экспираторные шумы на выдохе, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры
2. появление одышки в первые минуты после рождения, цианоз кожных покровов, мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы
3. появление одышки через 6 часов после рождения, апноэ, цианоз, гипотермия, гипорефлексия, брадикардия
4. асфиксия и аспирация в родах, обилие крепитирующих хрипов на вдохе, "розовая" пена на губах, цианоз
5. тяжелая асфиксия с проведением ИВЛ с первых минут жизни

АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ У:

1. недоношенных или переношенных
2. недоношенных
3. детей с задержкой внутриутробного развития
4. детей с изосерологической несовместимостью крови матери
5. детей с пороками развития легких

ПОЯВЛЕНИЕ НА 2-Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НА КОЖЕ ЯГОДИЦ, БЕДЕР, ЕСТЕСТВЕННЫХ СКЛАДОВ ГОЛОВЫ, ВНАЧАЛЕ ПРОЗРАЧНЫХ, ЗАТЕМ НАПОЛНЕННЫХ МУТНЫМ СОДЕРЖИМЫМ ПУЗЫРЬКОВ НА ГИПЕРЕМИРОВАННОМ ФОНЕ, ДИАМЕТРОМ ДО 2-3 СМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

1. везикулопустулезе
2. склереме
3. пузырчатке новорожденных
4. псевдофурункулезе
5. врожденном эпидермолизе

ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ:

1. пузырей, наполненных прозрачным содержимым на коже живота диаметром до 5-7 см, без гиперемии
2. пузырей с серозно-гнойным содержимым до 0,5-1 см в диаметре с венчиком гиперемии в нижней половине живота, около пупка, на конечностях, в естественных складках
3. на фоне яркой эритемы образование трещин в области пупка, паховых складок, вокруг рта
4. темно-багровые пятна с размягчением в центре в области лопаток, на крестце, грудной клетке
5. пузырей, наполненных гнойным содержимым, диаметром до 3 см, в области передней брюшной стенки

ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЗЫВАЕТСЯ:

1. грибками
2. стрептококком
3. золотистым стафилококком
4. кишечной палочкой
5. протеем

ЭКФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ РИТТЕРА ОБУСЛОВЛЕН:

1. золотистым стафилококком
2. стрептококком
3. пневмококком
4. синегнойной палочкой
5. грибками

КРИТЕРИЯМИ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. красно-багровое пятно с размягчением в центре
2. лихорадка
3. интоксикация
4. лейкоцитоз
5. появление пузырей в естественных складках

В ЛЕЧЕНИИ НЕТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СТАФИЛОДЕРМИЙ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ АНТИБИОТИКИ ПЕНИЦИЛЛИНОВОГО РЯДА НА 1-Й НЕДЕЛЕ ЖИЗНИ ИЗ РАСЧЕТА:

1. 30-50 тыс. ЕД/кг
2. 50-100 тыс. ЕД/кг
3. 100-200 тыс. ЕД/кг
4. 30-50 мг/кг
5. 200-300 мг/кг

В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. дезинтоксикационные средства
2. иммунодепрессанты
3. иммунопрепараты
4. антибиотики
5. антигистаминные средства

К ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫМ ФАКТОРАМ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

1. I, V, VIII, XI
2. антитромбин III
3. II, VII, IX, X
4. протеин С, ПДФ
5. II, V, IX, XIII

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ НЕ СВЯЗАНО:

1. с применением антикоагулянтов матерью во время беременности
2. с применением ацетилсалициловой кислоты
3. с применением противосудорожных препаратов
4. с эритропозом у ребенка
5. с дефицитом витамина К у матери

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. кровавая рвота
2. мелена
3. кефалогематома

4. телеангиоэктазии
5. кровотечения из пупочной ранки

ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИСТИННОЙ И ЛОЖНОЙ МЕЛЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гипербилирубинемия
2. снижение уровня гемоглобина в крови
3. тест Апта
4. шкала Апгар
5. проба Кумбса

ПРОБА АПТА ПРОВОДИТСЯ:

1. раствором натрия хлорида 0,9%
2. диазореактивом
3. раствором гидрата окиси натрия
4. раствором окиси цинка
5. раствором перекиси водорода

ПРОБА АПТА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ:

1. сохраняется розовый цвет
2. цвет становится коричневым
3. цвет становится черным
4. появляется голубой ободок
5. цвет становится белым

СОХРАНЕНИЕ РОЗОВОГО ЦВЕТА ПРИ ПРОБЕ АПТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ:

1. гемоглобина А
2. билирубина
3. гемоглобина F
4. тромбопластина
5. цитохрома С

ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. проведение оксигенотерапии
2. введение физраствора
3. введение преднизолона
4. введение витамина К
5. введение антибиотиков

МЕЛЕНА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ:

1. сепсиса
2. ГБН
3. геморрагической болезни новорожденных
4. тяжелой асфиксии
5. РДС- синдрома

АСФИКСИЯ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ АПГАР:

1. 1-3 балла
2. 4-6 баллов
3. 8-10 баллов

АСФИКСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ АПГАР:

1. 1-3 балла
2. 4-5 баллов
3. 6-7 баллов
4. 8-10 баллов

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гипоксия, гипоксемия, гиперкапния, ацидоз
2. гипогликемия, гипокалиемия, гипонатриемия
3. гиперкальцемия, гипомагниемия, фосфатурия
4. гипергликемия, гипербилирубинемия
5. гипопроотеинемия, гипонатриемия

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. нерегулярное дыхание, гипотония, гипорефлексия, цианоз кожи, нарушение ритма сердечных сокращений
2. тахикардия, гепатомегалия, отеки
3. иктеричность кожных покровов, гепатоспленомегалия
4. срыгивание желчью, повышение t тела
5. склерема, мраморность кожных покровов, брадикардия

К ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ РОДОВЫМ ТРАВМАМ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1. эпидуральные кровоизлияния
2. субдуральные кровоизлияния
3. желудочковые кровоизлияния
4. родовая опухоль
5. внутримозговые кровоизлияния

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ:

1. нарушение терморегуляции, вегето-висцеральные дисфункции, псевдобульбарные и двига-тельные расстройства, судороги, расстройства мышечного тонуса
2. гиперфункция желез внутренней секреции, половой криз, мочекишный инфаркт, переходный катар кишечника
3. гепатоспленомегалия, синдром срыгивания и рвоты
4. интоксикационные симптомы, гипертермия, желтуха
5. потеря массы тела свыше 10%, диспепсические расстройства, анурия

ЭПИДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВОЗНИКАЮТ:

1. между внутренней поверхностью костей черепа и твердой мозговой оболочкой
2. в результате деформации теменных костей черепа
3. при разрыве намета мозжечка
4. в результате нарушения целостности менингеальных сосудов
5. под мягкую мозговую оболочку

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. доношенных детей
2. переносенных детей
3. недоношенных детей
4. детей с ЗВУР
5. детей с пренатальной гипотрофией

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. ригидность затылочных мышц
2. нарушения сосания и глотания
3. запрокидывание головы
4. нистагм
5. гепатоспленомегалия

СИНДРОМОМ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНФЕФАЛОПАТИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. астеноневротический
2. вегетовисцеральных нарушений
3. двигательных нарушений
4. респираторный дистресс-синдром
5. судорожный

В ТЕРАПИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ РОДОВЫХ ТРАВМАХ ПРИМЕНЯЮТ 20% РАСТВОР НАТРИЯ ОКСИБУТИРАТА ИЗ РАСЧЕТА:

1. 1 мл/кг массы
2. 50-100 мг/кг массы
3. 20 мл однократно
4. 5 мл однократно
5. 500 мг/кг массы

У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ИЗ ЛОКАЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. мастит
2. везикулопустулез
3. флегмона

4. омфалит
5. пузырьчатка

СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО-БРОКА - ПЕРЧАТКИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. везикулопустулеза
2. врожденного эпидермолиза
3. эксфолиативного дерматита Риттера
4. эритродермии Лайнера
5. склеродермии

НОВОРОЖДЕННОМУ ИВЛ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ С ЧАСТОТОЙ ДЫХАНИЯ В МИНУТУ:

1. 20-30
2. 40-60
3. 70-80
4. 100
5. 10-20

ДЛЯ ПОЗДНЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

1. уменьшение количества тромбоцитов
2. увеличение количества ретикулоцитов
3. микросфероцитоз, эритроцитоз
4. наличие дефицита железа в сыворотке крови
5. нормальный цветной показатель

В КАКОМ СЛУЧАЕ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ИМЕЕТ МЕСТО ЗВУР ГИПОТРОФИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ:

1. масса при рождении 3400 г, рост 52 см, гестационный возраст 39 нед
2. масса при рождении 2100 г, рост 44 см, гестационный возраст 36 нед
3. масса при рождении 2900 г, рост 45 см, гестационный возраст 37 нед
4. масса при рождении 2700 г, рост 50 см, гестационный возраст 40 нед

ЗВУР У ДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА - ЭТО КОГДА МАССА ТЕЛА В ПЕРЦЕНТИЛЯХ В ПРЕДЕЛАХ:

1. 25-90
2. 25-50
3. свыше 90
4. ниже 25
5. 75-90

МЕТОДОМ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РДС ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. назначение беременной до родов антибактериальной терапии
2. введение спазмолитиков беременной
3. родостимуляция окситоцином
4. назначение за 2-3 дня до родов дексаметазона
5. введение беременной анальгетиков

ВАШИ ПЕРВЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ В АСФИКСИИ:

1. интубация трахеи и ИВЛ
2. катетеризация пупочных сосудов
3. проведение СДППД
4. отсасывание слизи изо рта и носа и восстановление проходимости верхних дыхательных путей
5. в/в введение адреналина

ПАРАМЕТРАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ В ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. давление в дыхательных путях 10 см. водн. ст., вдох: выдох=1:1
концентрация кислорода 70%
2. давление в дыхательных путях 15-20 см. водн. ст., вдох: выдох=1:3,
концентрация кислорода 60%
3. давление в дыхательных путях 20-30 см.водн.ст., вдох: выдох=1:2,
концентрация кислорода 80-100%
4. давление в дыхательных путях 30-40 см. водн. ст., вдох: выдох=1:2,
концентрация кислорода 40%
5. давление в дыхательных путях 50 см. водн. ст., вдох: выдох=1:2
концентрация кислорода 100%

ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛИТЕЛЬНОЙ КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пневмоторакс
2. бронхолегочная дисплазия
3. вторичные ателектазы
4. внутриальвеолярные кровотечения
5. кровоизлияния в мозг

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЯ:

1. эпидуральные
2. субдуральные
3. субарахноидальные
4. желудочковые
5. внутримозговые

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. родовая травма
2. внутриутробная гипоксия
3. кесарево сечение
4. ВУИ
5. Rh-конфликт

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

1. незрелость
2. сепсис
3. асфиксия
4. гиалиновые мембраны
5. внутрижелудочковое кровоизлияние

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

1. 600
2. 500
3. 200-400
4. 100
5. 40-60

ВТОРИЧНЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. геморрагическая болезнь новорожденного
2. транссимунная тромбоцитопения
3. врожденная афибриногемия
4. ДВС-синдром
5. синдром Бернарда-Сулье

ЗДОРОВОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДДОМЕ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ ПРИВИВКИ:

1. АКДС, против полиомиелита
2. БЦЖ, АКДС
3. БЦЖ, гепатита В
4. против полиомиелита, кори
5. против эпидемического паротита

ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ СДПД НЕДОНОШЕННОМУ С БОЛЕЗНЬЮ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН ЯВЛЯЮТСЯ:

1. гиперкапния и гипоксия при ингаляции воздухом
2. гипоксия при ингаляции 70% кислорода
3. гипоксия и гипотензия
4. гипоксемия и гиперкапния при ингаляции 100% кислорода
5. адинамия, атония

ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ДЕПРЕССИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА В ОБЪЕМ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОМУ ВХОДИТ ВВЕДЕНИЕ:

1. налоксона гидрохлорида
2. преднизолона
3. викасола
4. эуфиллина
5. этимизола

ЭТИОЛОГИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. наследственная передача
2. внутриутробная инфекция
3. несовместимость крови матери и плода по эритроцитарным антигенам
4. пищевая аллергия матери и плода
5. медикаментозная аллергия

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

1. 50
2. 60
3. 70
4. 80
5. 90

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
5. в левом предсердии

ЕМКОСТЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ (МЛ):

1. 10
2. 20
3. 30
4. 40
5. 50

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЛИМФОЦИТОЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ:

1. 0-5 дней
2. 5 дней -5 лет
3. 5-8 лет
4. 9-12 лет
5. 12-15 лет

НЕДОНОШЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:

1. сроку гестации
2. массе ребенка
3. высокой температуре тела
4. мышечной гипотонии
5. снижению физиологических рефлексов

ЛЕЙКОЦИТЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РОЖДЕНИИ РАВНЫ (X-10X9

Г\Л):

1. 2-8
2. 10-30
3. 30-40
4. 40-50
5. 50-60

ЕМКОСТЬ ЖЕЛУДКА НОВОРОЖДЕННЫХ НА 4 СУТКИ В МЛ:

1. 7
2. 20-25
3. 30-35
4. 40-65
5. 100

ПЛАСТИЧЕСКУЮ РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ РЕБЕНКА ВЫПОЛНЯЮТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

1. углеводы
2. жиры
3. белки
4. минеральные соли
5. вода

ПЕРВЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕКРЕСТ НЕЙТРОФИЛОВ С ЛИМФОЦИТАМИ ПРОИСХОДИТ (В ДЕНЬ ЖИЗНИ):

1. 19-20
2. 15-16
3. 10-11
4. 5-6
5. 2-3

ПИК ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ УБЫЛИ МАССЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ НА (ДЕНЬ):

1. 1-2
2. 3-4
3. 10-12
4. 12-15

РЕБРА НОВОРОЖДЕННЫХ РАСПОЛОЖЕНЫ:

1. косо
2. горизонтально
3. вертикально
4. наклонно
5. неопределенно

ПЕРВОЕ СОКРАЩЕНИЕ СЕРДЦА ВО ВНУТРИУТРОБНОМ ПЕРИОДЕ ПРОИСХОДИТ:

1. на 3-й неделе
2. на 4-й неделе
3. на 6-й неделе
4. на 7-й неделе
5. на 8-й неделе

ЛУЧШИМ СПОСОБОМ ГРУДНОГО КОРМЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ:

1. через каждые 3 часа
2. 5 раз в день
3. 6 раз в день
4. 7 раз в день
5. по требованию ребенка

У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ДЫХАНИЕ:

1. пуэрильное
2. ларингиальное
3. бронхиальное
4. жесткое
5. ослабленное

ПРИЧИНЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ:

1. гемолиз
2. сниженная активность глюкуронилтрансферазы
3. сниженная активность глюкуронилтрансферазы и гипоальбуминемия
4. сниженная активность глюкуронилтрансферазы, гипоальбуминемия, гемолиз

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОПАТИЙ ПРОВОДИТСЯ:

1. зиксорином
2. дексаметазоном
3. эуфиллином
4. фенobarбиталом

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ- ЭТО СМЕРТЬ ДЕТЕЙ ДО (НА 1000ЖИВОРОЖДЕННЫХ):

1. 7 дней
2. 28 дней
3. 1 год
4. 3 года
5. 5 лет

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

КАКОЙ ИЗ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ЗАЩИТЕ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ОТ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ:

1. интерферон
2. лизоцим
3. пропердин
4. система комплемента

КАКИЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, СПОСОБСТВУЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СРЫГИВАНИЙ:

1. короткий пищевод
2. недостаточное развитие кардиального отдела желудка
3. относительный гипертонус пилорического отдела желудка
4. все перечисленные

В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

1. желудка
2. верхних отделов тонкой кишки
3. тощей кишки
4. толстой кишки

ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ ВАКЦИНЫ БЦЖ В МЕСТЕ ИНЪЕКЦИИ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ПАПУЛА, ВЕЗИКУЛА ИЛИ ПУСТУЛА:

1. через 1 неделю
2. через 2-3 недели
3. через 4-6 недель
4. через 2-3 месяца

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ МИОКАРДИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ:

1. вирусом Коксаки
2. стафилококком
3. стрептококком
4. клебсиеллой

ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ В КОПРОГРАММЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО НЕЙТРАЛЬНОГО ЖИРА И ЕГО ПРЕОБЛАДАНИЕ НАД ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ:

1. при лактазной недостаточности
2. при муковисцидозе
3. при экссудативной энтеропатии
4. все ответы правильные

КАКИЕ МИКРОБНЫЕ ШТАММЫ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. эндогенная флора
2. материнская флора
3. госпитальные штаммы
4. все в равной степени

КАКИЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ВЫЗЫВАЮТ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

1. грам-положительные бактерии
2. грам-отрицательные бактерии
3. вирусы
4. все в одинаковой степени

НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА С НЕИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕЕЙ:

1. кратность и характер стула
2. эксикоз и дистрофия
3. острое начало, инфекционный токсикоз, симптомы энтероколита
4. зависимость кишечного синдрома от вскармливания

КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ:

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. тетрада Фалло
3. транспозиция магистральных сосудов
4. открытый артериальный проток

ЧЕМ ОБЪЯСНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ КОЖНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СЕПСИСЕ:

1. сенсбилизацией организма ребенка
2. развитием ангиитов и тромбоваскулитов
3. нерациональной антибактериальной терапией
4. повышенной ломкостью сосудов

КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГА ОСТЕОМИЕЛИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ФЛОРЫ:

1. эпифизы трубчатых костей
2. метафизы трубчатых костей
3. нижняя челюсть
4. все перечисленные

НА КАКОЙ СРОК ДАЕТСЯ МЕДОТВОД ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО СЕПСИСА:

1. на 1 месяц
2. на 3 месяца
3. на 6 месяцев
4. на 1 год

КАКОЙ ОТДЕЛ СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ФИБРОЭЛАСТОЗЕ:

1. левый желудочек
2. левое предсердие
3. правый желудочек
4. правое предсердие

КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АСФИКСИЮ В РОДАХ:

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

УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ ВТОРИЧНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОМФАЛИТА:

1. фингус пупочной ранки
2. неполный инфицированный свищ пупка

3. флегмона пупка
4. "кожный пупок"

КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:

1. одышка
2. тремор конечностей
3. тахикардия
4. апноэ

КАКИЕ ПНЕВМОНИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. ранние бактериальные
2. вирусно-бактериальные
3. аспирационные
4. абсцедирующие

КАКОЕ САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. абсцедирование
2. плеврит
3. сердечная недостаточность
4. менингит

КАКОЙ ТИП АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 Г В ПЕРВЫЕ ТРИ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ:

1. железодефицитная
2. витамин Е-дефицитная
3. белководефицитная
4. витамин В₁₂-дефицитная

ПО РАННЕМУ РАЗВИТИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ УГРОЖАЕМЫ НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ:

1. перенесшие после рождения тяжелые инфекции
2. с внутриутробной гипотрофией
3. незрелые к гестационному возрасту
4. с общим отечным синдромом

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГЕМОТРАНСФУЗИЯ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ПОКАЗАНА ПРИ УРОВНЕ ГЕМОГЛОБИНА:

1. 150 г/л
2. 100 г/л
3. 90 г/л
4. 70 г/л

САМЫМ ЧАСТЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ОЧАГОМ ПРИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЕ СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. флегмона
2. деструктивная пневмония
3. перитонит
4. менингит

ПРОВЕДЕНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ МОЖЕТ ОСЛОЖНЯТЬСЯ:

1. появлением жидкого стула с примесью зелени
2. синдромом сгущения желчи
3. развитием гемолитической анемии
4. присоединением инфекции

КАКОЙ ТИП ПНЕВМОНИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. мелкоочаговая
2. интерстициальная
3. крупноочаговая
4. сливная

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
5. о физиологической желтухе новорожденного

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПЕРИОДА ВРОЖДЕННОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

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

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ИСТИННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРНЫ:

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

КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА:

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

ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СПЕЦИФИЧЕН СИНДРОМ РАСЩЕПЛЕНИЯ ГУБЫ И МЯГКОГО НЕБА:

1. трисомии E
2. трисомии G
3. болезни Шерешевского - Тернера
4. трисомии D (синдром Патау)
5. синдрома Альпорта

ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА В ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ, КРОМЕ:

1. гепатоспленомегалия
2. интерстициальный кератит
3. анемия
4. сифилитическая пузырьчатка или сыпь
5. остеохондрит

У НОВОРОЖДЕННЫХ МАССА СЕРДЦА СОСТАВЛЯЕТ В % ОТ МАССЫ ТЕЛА:

1. 0,8
2. 1,0
3. 1,5
4. 2,0
5. 3,0

ВО ВРЕМЯ ЗОНДИРОВАНИЯ СЕРДЦА ЗОНД ПРОХОДИТ ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В АОРТУ ПРИ:

1. тетраде Фалло
2. сужении легочной артерии
3. дефекте межпредсердной перегородки
4. коарктации аорты
5. открытом артериальном протоке

ШУМ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ (МАШИННЫЙ) ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ:

1. открытом артериальном протоке
2. дефекте межжелудочковой перегородки
3. дефекте межпредсердной перегородки
4. стенозе легочной артерии
5. стенозе клапанов аорты

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

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

Дополнительная литература:

1. Яцык Г.В., Одинаева Н.Д., Бомбардтрова Е.П. и др./Под ред. Г.В. Яцык. Практическое руководство по неонатологии: руководство//М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008
2. Ткаченко А.К., Устинович А. А, Сукало А.В. и др./ Под ред. Ткаченко А.К., Устинович А. А. Неонатология: учебное пособие//Минск: Высшэйшая школа, 2009
3. Царегородцев А.Д., Байбарина Е.Н., Рюмина И.И. и др. Последовательность выполнения основных манипуляций в неонатальной практике: учебное пособие//Новосибирск: Сибирский успех, 2008
4. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Беляева И.А. и др. Современные медико-социальные проблемы неонатологии: монография//М.: ПедиатрЪ, 2015
5. Дядя Г.И., Осипова О.В. Пропедевтика детских болезней: учебное пособие//Саратов: Научная книга, 2019
6. Геппе Н.А., Подчерняева Н.С., Жалобова Е.С. и др./Под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой. Пропедевтика детских болезней: учебник//М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008
7. Абашидзе Э.А., Акоев Ю.С., Алексеева А.А. и др. Атлас редких болезней: учебное наглядное пособие//М.: ПедиатрЪ, 2016

8. Александрович Ю.С., Пшениснов К.В., Гордеев В.И. Интенсивная терапия критических состояний у детей: учебное пособие//СПб.: Изд-во Н-Л, 2014
9. Попова Н.Г., Кочерова В.В., Гевондян С.В. Принципы инфузионной терапии у новорожденных детей: учебное пособие//Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2011
10. Катько В.А. Болезни новорожденных в хирургической практике: практическое пособие//Минск: Вышэйшая школа, 2012
11. Горбунова В.Н. и соавт. Клиническая генетика: учебник//СПб.: Фолиант, 2015
12. Карманный справочник. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста, ВОЗ -2013
13. Алдашева Н.М. Нарушения ритма и проводимости сердца у детей: учебное пособие//Бишкек: Из-во КРСУ, 2018
14. Алдашева Н.М. и соавт. Диагностика и тактика ведения новорожденных с врожденными пороками сердца: методические рекомендации//Бишкек: Из-во КРСУ, 2018
15. Боконбаева С. Дж и соавт. Первичная профилактика в практике участкового педиатра: учебное пособие//Бишкек: Изд-во КРСУ, 2013
16. Алдашева Н.М. Факторы риска формирования врожденных пороков развития в Кыргызской республике и вопросы их профилактики: монография//Бишкек: Из-во КРСУ, 2011

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

1. Шабалов Н.П. Неонатология. - Режим доступа: <http://docplayer.ru/79805406-Shabalov-neonatologiya-2016-skachat.html>
2. Журнал «Российский вестник перинатологии и педиатрии». Режим доступа: <https://www.ped-perinatology.ru/jour>
3. Журнал «Неонатология: новости, мнения, обучение». Режим доступа: <http://neonatologiy-mno.geotar.ru>
4. Монографии и учебники по неонатологии. Режим доступа: <https://www.books-up.ru/catalog/neonatologiya/>
5. На сайте собраны книги по неонатологии. Режим доступа: <https://meduniver.com/Medical/Book/63.html>
6. Портал для студентов, содержит большую коллекцию учебной литературы, презентации, истории болезней, полные тексты лекций по неонатологии. Режим доступа: <http://medfaka/net>