

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**  
**НЕОНАТОЛОГИЯ**

Специальность: 31.08.01 Акушерство и гинекология

Кафедра: факультетской и поликлинической педиатрии

Форма обучения: очная



### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Неонатология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Неонатология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ОПК-4, ПК-1	Текущий	Раздел 1. Программирующие аспекты вскармливания новорожденных и грудных детей Раздел 2. Инфекционные заболевания у новорожденных и детей первого года жизни Раздел 3. Основы патологии детей раннего возраста, перенесших перинатальную патологию Раздел 4. Выхаживание и профилактика инвалидизации у детей, перенесших перинатальную патологию	Тест Собеседование
	Промежуточн	Раздел 1. Программирующие	

	ый	аспекты вскармливания новорожденных и грудных детей Раздел 2. Инфекционные заболевания у новорожденных и детей первого года жизни Раздел 3. Основы патологии детей раннего возраста, перенесших перинатальную патологию Раздел 4. Выхаживание и профилактика инвалидизации у детей, перенесших перинатальную патологию	Собеседование
--	----	---	---------------

#### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

#### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационные задачи, тестовые задания.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ОПК-4, ПК-1

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### Основная часть

Ребенок П., мальчик, 2 сутки жизни, родился от молодых здоровых родителей. Из анамнеза известно, что данная беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 38 недель. Околоплодные воды передние светлые, без запаха, задние - мекониальные. Масса при рождении - 3450 г, ростом 54 см с тугим двойным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжёлое, наблюдается тотальный цианоз; дыхание нерегулярное, стонущее; сердцебиение – 110 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, диффузная гипотония и гипорефлексия. На отсасывание слизи реагирует гримасой, плачем. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённного?

#### Ответы на вопросы:

1. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
3. Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
4. Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями,

внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.

5. После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2**

### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Ребенок Ю., 7 сутки жизни. Анамнез отягощен: беременность II, роды II на сроке 26 недель гестации, в первые минуты жизни переведен в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью, частота дыхания (далее – ЧД) – 80 в минуту, в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Оценка по шкале Давнеса – 8 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 152 ударов в минуту. Печень + 2,5 см из-под края реберной дуги.

На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Скорость диуреза – 1,0 мл/кг/час.

Данные КОС: рН крови – 7,2, рО<sub>2</sub> – 45 мм рт. ст., рСО<sub>2</sub> – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
4. Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?

#### **Ответы на вопросы:**

1. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее – ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 27 недель гестации.

2. Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систоло-диастолический шум слева от грудины, срока гестации 27 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Недостаточность кровообращения II a степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.

Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД - 80 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Давнеса 8 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.

Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 27 недель.

3. Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.

4. Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗ ФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.

5. Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов – одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов – ингибиторов циклоксиогеназы.

Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Ребенок Д., мальчик, первые сутки жизни. Анамнез: ребенок от первой беременности, протекавшей без патологии. Роды в 39 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 3450 г, ростом 52 см с тугим двойным обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте очень тяжёлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стонет; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, диффузная гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. Оценка по шкале Апгар – 6 баллов.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Окажите неотложную помощь новорождённому.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какова тактика ведения новорождённного?

#### **Ответы на вопросы:**

1. Асфиксия новорожденного средней степени тяжести.
2. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного), клинических проявлений (состояние тяжёлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
3. Не пережимая пуповину, предотвратить потерю тепла; придать новорожденному положение со слегка запрокинутой головой, «поза для чихания»; освободить дыхательные пути (очистить рот и нос от слизи); провести тактильную стимуляцию дыхания; ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорожденного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
4. Дифференциальная диагностика проводится с острыми кровопотерями, внутричерепными кровоизлияниями, пороками развития мозга, болезнями сердца, лёгких, диафрагмальной грыжей, внутричерепной родовой и спинальными травмами.
5. После проведения реанимационных мероприятий новорожденного для дальнейшего наблюдения (клинический, аппаратный и лабораторный мониторинг для профилактики ранних осложнений), перевести в ПИТ.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Мальчик Л., возраст 1 месяц, осмотрен профилактически участковым врачом-педиатром. Мама ребенка предъявляет жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, во время осмотра отмечены судороги.

Из анамнеза известно, что ребенок от молодых родителей, мама студентка ветеринарного факультета. Данная беременность I, протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 32-34 недель беременности мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM "+" и IgG "+" к токсоплазме. Роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Вес при рождении 2800 г, рост 49 см, окружность головы 35,5 см, окружность груди 34,5 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. У ребёнка иктеричность со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование:

Общий анализ крови: гемоглобин - 98 г/л, эритроцитов -  $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоцитов -  $28 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы - 3, палочкоядерные нейтрофилы - 4, сегментоядерные нейтрофилы - 68, Л - 17, моноциты - 8, тромбоциты -  $102 \times 10^9/\text{л}$ , общий билирубин - 189 мкмоль/л, прямой - 102 мкмоль/л. СРБ - 60 мг/л, АЛТ - 230 МЕ/л, АСТ - 180 МЕ/л.

Нейросонография - повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S - 15 мм, D - 18 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне.

При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела 38,3 °С. Ребёнок гипервозбудим. Тактильная гиперестезия. Вес 3100 г. Голова гидроцефальной формы, окружность - 39,5 см, большой родничок 4×4 см, напряжен, выполнен. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптомы Грефе и «заходящего солнца» - положительные. Кожные покровы иктеричные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД - 50 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 140 ударов в минуту, АД - 80/45 мм рт. ст. Живот слегка подвздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на + 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Физиологические отправления не нарушены.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Определите тактику антибактериальной терапии.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

#### **Ответы на вопросы:**

1. ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Гепатит.
2. Серологическое обследование крови матери и ребёнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции. Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии. ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы.  
Консультация врача-окулиста и врача-невропатолога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.
3. Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионно-гидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребёнка, судорог, развития гипертензионно-гидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).
4. Лечение токсоплазмоза у новорожденного с учётом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приёма) 5 дней + Сульфасалазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приёма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3 курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.
5. Цитомегаловирусная инфекция, врождённая краснуха, листериоз.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5**

## **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

### **Основная часть**

Ребенок П., из анамнеза известно: беременность I, роды I на сроке 27 недель гестации, в первые минуты жизни поступил в отделение реанимации с тяжёлой дыхательной недостаточностью.

Аускультативно: в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Частота дыхания (далее – ЧД) – 80 в минуту. Оценка по шкале Давнеса – 7 баллов. При аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систолодиастолический шум слева от грудины. Частота сердечных сокращений (далее – ЧСС) – 150 ударов в минуту.

На основании данных Эхо-КГ установлен значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Скорость диуреза – 0,5 мл/кг/час.

Данные КОС: рН крови – 7,2, рО<sub>2</sub> – 45 мм рт. ст., рСО<sub>2</sub> – 55 мм рт. ст., ВЕ – –10,0.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените показатели кислотно-основного равновесия.
4. Определите тактику проведения инфузионной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова медикаментозная терапия? Обоснуйте Ваш выбор. Какова доза препарата?

### **Ответы на вопросы:**

1. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (далее – ГЗФАП). Недостаточность кровообращения (далее – НК) IIa степени. РДС I тип, ДН III. Недоношенность, 27 недель гестации.

2. Диагноз «ГЗФАП» установлен на основании данных осмотра: при аускультации сердца выслушивается грубый (машинный) систоло-диастолический шум слева от грудины, срока гестации 27 недель, данных Эхо-КГ: значительный лево-правый сброс крови через открытый артериальный проток с объёмной перегрузкой малого круга кровообращения.

Недостаточность кровообращения IIa степени установлена на основании клинических данных: признаки застоя по малому кругу кровообращения – наличие хрипов в лёгких.

Диагноз «РДС I тип» установлен на основании срока гестации (28 недель), что говорит о дефиците эндогенного сурфактанта у данного новорожденного. Установление III степени дыхательной недостаточности основано на клинической картине: тахипноэ (ЧД – 80 в минуту), аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются множественные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы и оценке по шкале Давнеса 7 баллов, а также данных КОС: смешанный декомпенсированный ацидоз.

Диагноз «недоношенность» установлен по данным о сроке гестации – 27 недель.

3. Декомпенсированный смешанный ацидоз: рН смещён в кислотную сторону, гипоксемия, гипоксемия, дефицит оснований.

4. Назначить инфузионную терапию, но ограничить объём на 2/3 от физиологической потребности. Использование объёмзамещающих растворов при ГЗФАП может привести к ухудшению гемодинамической ситуации и усугублению отёка лёгких.

5. Лечение основано на подавлении синтеза простагландинов – одного из основных факторов, поддерживающих проток открытым. С этой целью используют внутривенное введение нестероидных противовоспалительных препаратов – ингибиторов циклооксигеназы.

Педея – первая инъекция: 10 мг/кг; вторая и третья инъекции – 5 мг/кг.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6**

## **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

### **Основная часть**



Ребенок Б., из анамнеза: беременность II, протекала с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью II степени. Первая беременность закончилась рождением ребенка, здоров. Роды вторые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. Состояние ребенка при рождении очень тяжелое. На 1 минуте: ЧСС – 50-60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.

#### **Вопросы:**

1. Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар. Укажите степень тяжести асфиксии.
2. Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии.
3. Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка.
4. Назначьте лечение данному больному.
5. Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.

#### **Ответы на вопросы:**

1. Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.
2. Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:
  - тяжёлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощённым акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжёлой хронической фето-плацентарной недостаточности;
  - отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорожденного ребёнка.
3. Общими принципами лечения асфиксии новорожденного ребёнка является проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.
4. Ребёнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей электроотсосом посредством интубации трахеи, ИВЛ мешком Амбу через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, с последующей лекарственной терапией: для поддержания ОЦК-введение физиологического раствора в вену пуповины, при сохраняющейся брадикардии – введение адреналина.
5. Тяжёлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лёгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7**

#### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

##### **Основная часть**

Ребенок Т., 1 сутки. Из анамнеза: матери 20 лет, группа крови матери А (II) Rh-, настоящая беременность вторая, первая – медицинский аборт при сроке 8 недель. На учет по данной беременности в женской консультации встала поздно, наблюдалась не регулярно. Роды на 40 неделе. Масса тела ребёнка – 3400 г, длина – 52 см, по шкале Апгар оценён на 8/9 баллов. При рождении отмечена иктеричность кожных покровов, оболочек пуповины, околоплодных вод. При первом осмотре неонатологом выявлена гепатомегалия до +3 см, селезёнка +1,5 см.

Лабораторные данные: билирубин пуповинной крови 120 мкмоль/л, через 3 часа после рождения – 175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определённый по cito – 139 г/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
3. Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
4. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

**Ответы на вопросы:**

1. В данном случае следует думать о врождённой желтушной форме гемолитической болезни новорожденного, обусловленной резус-конфликтом.
2. Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус антител в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорожденного.
3. Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных антител до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.
4. Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус антител в сыворотке крови матери.
5. Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8****Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ****Основная часть**

Ребенок Т., 4 сутки жизни, переведен в отделение патологии новорождённых (ОПН) из родильного отделения с диагнозом «кишечное кровотечение». Анамнез: беременность первая, угроза прерывания во втором триместре, лечилась стационарно. Роды срочные, масса ребёнка при рождении – 2850 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 5/7 баллов. К груди приложен на вторые сутки. На 3 день жизни у ребёнка отмечалась однократная рвота «кофейной гущей» и мелена. В связи с чем ребёнку был введён 1% раствор Викасола – 0,3 мл, внутрь назначена Аминокапроновая кислота. Не смотря на проводимое лечение, у ребёнка сохранялась мелена. При осмотре состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы субиктеричные, в лёгких дыхание пуэрильное, тоны сердца ритмичные, звучные. Ребёнок вялый, рефлексы новорождённого угнетены, мышечный тонус диффузно снижен, двигательная активность снижена. Живот доступен пальпации, мягкий, безболезненный, печень + 1 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется, стул – мелена.

Общий анализ крови: гемоглобин – 165 г/л, эритроциты –  $5,2 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель – 1,0, тромбоциты –  $310 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $5,9 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты, время свёртывания крови – 9 минут, АЧТВ – 90 секунд (норма 40–60 секунд), фибриноген – 2,5 г/л (1,5–3 г/л), общий белок – 54 г/л, общий билирубин 196 ммоль/л, непрямой билирубин – 188 мкмоль/л, прямой билирубин – 8 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, АСТ – 38 ед., АЛТ – 42 ед.

НСГ: признаки гипоксии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите, с какими заболеваниями, сопровождающимися геморрагическим синдромом, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Обозначьте план обследования.
4. Назначьте лечение данному ребёнку.
5. Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.

**Ответы на вопросы:**

1. Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, желудочно-кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха.
2. Синдром «заглоченой крови», ДВС- синдром, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, гемофилия.
3. Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.
4. Отменить энтеральное питание, поить раствором тромбина в эписилона-аминокапроновой кислоте, ввести Викасол в/м. При продолжении кровотечения или его усилении- переливание одногруппной свежезамороженной плазмы или препаратов протромбинового комплекса (протромбоплекс и др.).
5. Динамический контроль клинического крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, профилактика развития анемии, консультация невропатолога с проведением повторной НСГ.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9****Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ****Основная часть**

Мальчик В., первые сутки жизни. Родился у женщины 28 лет, имеющей III(B) Rh-отрицательную группу крови; из анамнеза известно: беременность вторая (первая беременность - медицинский аборт при гестационном сроке 10 недель), данная беременность протекала с токсикозом I половины и тяжёлым гестозом II половины.

Роды первые, срочные, самостоятельные. Безводный промежуток 5 часов, околоплодные воды прокрашены. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При рождении отмечена иктеричность кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена. Мышечный тонус диффузно снижен. Физиологические рефлексы быстро истощаются.

ЧД – 40 в минуту. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание пуэрильное, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧСС – 144 ударов в минуту. Перкуторные границы относительной сердечной тупости: правая – правая парастернальная линия, левая – на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии, верхняя – II ребро. Аускультативно: сердечные тоны умеренно звучные, чистые. Живот мягкий. При пальпации край печени определяется на 3,5 см ниже рёберной дуги, край селезёнки – на 1,5 см ниже рёберной дуги. Меконий отошел.

Билирубин пуповинной крови – 130 мкмоль/л, уровень гемоглобина в периферической крови – 103 г/л. Группа крови ребёнка III(B) Rh-положительная.

Через 2 часа после рождения: в клиническом анализе крови: эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 85 г/л, ретикулоциты – 120%, Ht – 28%, MCV – 98 fl, MHC – 31 pg, MCHC – 32 г/л, лейкоциты –  $9,6 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 7%, тромбоциты –  $210 \times 10^9/л$ .

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 225 мкмоль/л, непрямой билирубин – 200 мкмоль/л, прямой билирубин – 25 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

**Ответы на вопросы:**

1. Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная конфликтом по Rh-фактору, желтушная форма, тяжёлая.
  2. Диагноз «гемолитическая болезнь новорожденного» установлен
    - на основании данных анамнеза (конфликт по Rh-фактору, прерывание первой беременности, бледность и желтуха при рождении);
    - клинических данных (анемический и желтушный синдромы, гепатоспленомегалия);
    - параклинических данных (гиперрегенераторная анемия, непрямая гипербилирубинемия).
  3. Рекомендовано динамическое исследование уровня билирубина по фракциям, контроль почасового прироста билирубина, уровня гемоглобина и эритроцитов, проведение пробы Кумбса.
  4. Наследственные гемолитические анемии, приобретённые гемолитические анемии (при внутриутробных инфекциях, ДВС-синдроме), фетальный гепатит.
  5. Для предотвращения токсико-метаболического поражения ЦНС непрямым билирубином (билирубиновой энцефалопатии) – проведение операции заменного переливания крови.
- Для снижения высоких концентраций непрямого билирубина - фототерапия. Для связывания антиэритроцитарных антител – введение стандартных иммуноглобулинов для внутривенного введения.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10****Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ****Основная часть**

У ребёнка К. после рождения констатировали полное отсутствие движения в правой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети правой плечевой кости, в этом же месте появилась отечность, крепитация. Ребёнок крайне беспокоен, особенно беспокойство усиливается во время осмотра.

Из анамнеза: мать первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа 20 мин., второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 4/7 баллов. Проведены реанимационные мероприятия.

Масса 4100,0 г; рост 56 см, окружность головы 36,5 см, окружность грудной клетки 34,5 см.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
5. Укажите методы лечения болевого синдрома.

**Ответы на вопросы:**

1. Основной: «Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза – перелом правой плечевой кости в верхней трети». Фон: Асфиксия новорожденного средней тяжести.
2. Рентгенография правой плечевой кости, консультация детского врача-хирурга, НСГ, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, консультация врача-невролога.

3. Раствор Викасола 1% 0,5 мл в/м, иммобилизация правой конечности сроком на 10 дней. Руку фиксируют гипсовой лонгетой от края здоровой лопатки до кисти в среднефизиологическом положении.
4. После прекращения иммобилизации движения в травмированной конечности восстанавливаются через 7-10 дней. Показано наблюдение детского врача-хирурга, врача-ортопеда, врача-невролога.
5. Покой, фиксация ШОП, 10 капель per os S.Glucosi 40%, Парацетамол – анальгетик I степени, действует 5 часов. Ректально 75-125 мг доношенным, перорально 10 мг/кг каждые 4 часа в виде сиропа.

#### **ЗАДАЧА 11.**

#### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

##### **Основная часть**

Женщина 32 лет обратилась в ЖК с жалобами на задержку менструации в течение двух месяцев, тошноту по утрам. Из анамнеза: Менструации без особенностей. Половая жизнь с 21 года. Беременности три: первая 10 лет назад прервана по желанию в 8 недель, без осложнений,

вторая 5 лет назад закончилась преждевременными родами в 36 недель через естественные родовые пути, осложненными большой кровопотерей с последующей гемотрансфузией без учета резус-принадлежности. Отмечалась выраженная посттрансфузионная реакция. Третья беременность 2 года назад, закончилась самопроизвольным абортom в 10 недель. Объективно:

Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела – 36,9 С, пульс 80 уд. в мин., ритмичный, АД 110/70, 100/60. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Группа крови II(A), Rh-отрицательная. Акушерский статус: Наружные половые органы развиты по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины. В зеркалах шейка матки чистая, цианоз влагалищной ее части и слизистых оболочек влагалища. При бимануальном исследовании матка увеличена до 8 недель беременности, размягчена, подвижна, безболезненна. Признаки Снегирева и Горвица-Гегара положительны. Придатки не определяются, своды свободные. (ПК-1, ПК-5, ПК-6)

##### **ВОПРОСЫ:**

1. Полный клинический диагноз.
2. К каким группам риска следует отнести эту пациентку?
3. В каких дополнительных исследованиях при взятии на учёт и в процессе диспансерного наблюдения нуждается эта беременная?
4. Прогноз для плода и новорожденного?
5. Методы и сроки диагностики возможных осложнений беременности, профилактики и терапии.
6. Срок и способ родоразрешения.
7. Какие анализы крови необходимы новорожденному в первые часы после родов.

#### **ЗАДАЧА 12.**

#### **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

##### **Основная часть**

Повторно беременная, повторнородящая 29 лет поступила в отделение патологии при сроке беременности 34-35 недель для лечения ЗВУР плода II степени. В анамнезе: Одни роды, два искусственных и три самопроизвольных аборта. Настоящая беременность с ранних сроков осложнилась угрозой прерывания. Акушерский статус: Матка легко возбудима, отстает от срока гестации на 2-3 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Оценка состояния шейки матки - «зрелая». Функциональная оценка состояния плода в динамике за неделю

проводимой терапии: кардиотахография с 7 баллов до 5 баллов, по доплерометрии прогрессивное снижение скорости кровотока в сосудах пуповины.

**ВОПРОСЫ:**

1. К каким группам риска следовало отнести беременную при взятии на диспансерный учёт?
2. Причина развития в/у страдания плода у женщины?
3. Развёрнутый клинический диагноз?
4. Какова эффективность лечения патологии плода?
5. Показано ли в пролонгирование беременности?
6. Какой метод родоразрешения более благоприятен для плода?

**ЗАДАЧА 13.**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Первородящая 28 лет родила в срок плод весом 2200, ростом 47 см, с оценкой по Апгар 2

–

1 – 0 – 0 – 0 = 3 балла.

Из анамнеза: Соматически здорова, три самопроизвольных аборта по типу замершей беременности при сроке 6-8 недель. Настоящая беременность протекала на фоне постоянной

угрозы прерывания.

**ВОПРОСЫ:**

1. Характеризуйте морфометрические параметры новорожденного.
2. Сформулируйте полный клинический диагноз у матери.
3. Какому клиническому диагнозу новорожденного соответствует оценка 3 балла по шкале Апгар?
4. Из каких параметров состоит шкала Апгар?
5. Какое осложнение беременности послужило причиной перинатального поражения новорожденного?
6. Что явилось фоном для формирования данного осложнения?
7. Нуждалась ли пациентка в обследовании и лечении перед наступлением беременности?

**ЗАДАЧА 14.**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Первородящая 34 лет поступила в отделение патологии беременных 10 апреля. Состояла на учете в женской консультации с 14 недель беременности, наблюдалась регулярно. Менструации с 16 лет, нерегулярные, через 21-38 дней по 4-5 дня, умеренные, сильно болезненные. В анамнезе 1

медицинский аборт и самопроизвольный выкидыш раннего срока. Экстрагенитальные заболевания: нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу. В анамнезе черепно-мозговая травма. Первый день последней менструации 19 июня. Срок родов по данным женской консультации был неделю тому назад. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 146 в минуту. Состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет. Матка увеличена соответственно доношенной беременности, в обычном тонусе, положение плода продольное, головка неплотно прижата ко входу в малый таз, спинка плода пальпируется слева. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 146 в минуту. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 34 см. Размеры таза: 26-29-62-21 см, Индекс Соловьева 14,5 см, крестцовый ромб -11x10 см., правильной формы.

**ВОПРОСЫ:**

1. Опишите положение плода, оцените степень готовности к родам и состояние плода.
2. Ошибки врача женской консультации
3. Выделите основные симптомы и синдромы в клинической картине у данной пациентки.
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Составьте план обследования.
6. Объем обследования на стационарном этапе: диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов. (Этапность оказания медицинской помощи).
7. Оцените данные дополнительных методов обследования.
8. Показания для госпитализации. (Этапность оказания медицинской помощи)
9. Сформулируйте клинический диагноз.
10. Составьте план лечения. Рекомендации по дальнейшему ведению больного
11. Перечень используемых лекарственных средств. (Этапность оказания медицинской помощи)
12. Определите прогноз заболевания
13. Определите профилактические мероприятия по предупреждению данной патологии.

**ЗАДАЧА 15.****Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ****Основная часть**

Излились околоплодные воды. Через 2 часа ввиду отсутствия самостоятельной родовой деятельности начато родовозбуждение окситоцином в стандартной дозировке. Через 4 часа от

момента излития вод схватки стали болезненными, нерегулярными, отмечались боли в пояснице.

Предоставлялся сон-отдых и проводилась перидуральная анестезия, затем - родостимуляция

окситоцином (10 ЕД). Общая продолжительность родов составила 20 часов. Период изгнания 3 часа. Потуги 2 часа. Родился живой доношенный мальчик массой 3000 г. У ребенка при рождении мышечный тонус отсутствует, дыхания нет, сердцебиение 90 ударов в минуту. Кожные покровы цианотичные, рефлексы ослаблены.

**ВОПРОСЫ:**

1. Осложнения в родах.
2. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.
3. Выделите основные симптомы и синдромы в клинической картине у данной пациентки.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Объем лечения стационарном этапе: лечебные мероприятия, в том числе при родоразрешении и в послеродовой период. (Этапность оказания медицинской помощи)
6. Перечень используемых лекарственных средств. (Этапность оказания медицинской помощи)
7. Определите профилактические мероприятия по предупреждению данной патологии.
8. Реабилитация и диспансеризация.

**ЗАДАЧА 16.****Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ****Основная часть**

Девочка Р. родилась от матери 30 лет, соматически здоровой, от 3 беременности, 3 родов. Вредные привычки отрицает. На учёте в женской консультации состояла с 8 недель. Преэклампсия. Роды в 39 недель. Оценка по шкале В. Апгар на первой минуте 8 баллов, на пятой 9 баллов. Масса тела 3250 г, длина тела 51 см. Приложена к груди в родовом зале. Ребёнок находился в палате «мать и дитя» с первых суток.

На 3 сутки жизни при обходе врача-неонатолог обратила внимание на симметричное увеличение молочных желёз, кожа над ними была слегка гиперемирована, наблюдались скудные выделения беловато-молочного цвета, кроме того у ребёнка отмечался отёк больших половых губ и обильное слизистое отделяемое серовато-белового цвета. Температура тела нормальная. При осмотре – ребенок активный, на осмотр реагирует адекватно, в сознании, крик громкий, эмоциональный. Вскармливание грудное, сосёт активно, грудь захватывает хорошо, питание удерживает. У матери лактация достаточная. Клинический анализ крови: Нб – 163 г/л, эритроциты –  $5,3 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель – 0,99, тромбоциты –  $240 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,2 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 47%, лимфоциты – 42%, моноциты – 8%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1003, белок отсутствует, эпителий плоский – 1–2 в поле зрения, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет.

**ВОПРОСЫ:**

1. Опишите возникшее состояние у ребёнка.
2. Обоснуйте транзиторное состояние.
3. Требуется ли лечение названного транзиторного состояния? Проведите профилактику мастита у новорождённого.
4. Назначьте питание ребёнку, обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз данного состояния.

**ЗАДАЧА 17.**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Беременная 22 года, здорова, профессиональных вредностей не имеет, наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. В первой половине беременности отмечался токсикоз. В сроке 20 недель - анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе - 6 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

Ребенок родился при сроке 40 недель гестации, с массой тела 3750 г, длина 54 см. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, печень не увеличена. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета, из влагалища – кровянистые выделения (см. фото).

**ВОПРОСЫ:**

1. Какие состояния имеются у ребенка?
2. Необходимы ли дополнительные методы исследования?
3. Требуется ли консультация специалистов?

4.2. Тесты для оценки компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-1:

1. Какой из перечисленных показателей наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране?
  - а. уровень рождаемости
  - б. уровень смертности
  - в. количество врачей на душу населения
  - г. младенческая смертность
2. Укажите последовательность обработки новорожденного акушеркой в родильном зале
  - а. взвешивание, первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины
  - б. первичная обработка кожи, вторичная обработка пуповины



- в. вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи, взвешивание  
г. взвешивание, вторичная обработка пуповины, первичная обработка кожи
3. Какую часть от расчетного количества коек послеродового отделения должны составлять койки для новорожденных детей в родильном доме?  
а. 85-90%  
б. 95-100%  
в. 105-107%  
г. 115-120%
4. В течение какого времени подвергается обработке грудное молоко при пастеризации?  
а. 2-3 мин с момента закипания воды в бане  
б. 5-7 мин с момента закипания воды в бане  
в. 7-10 мин с момента закипания воды в бане  
г. 15-20 мин с момента закипания воды в бане
5. На каком расстоянии от кожного края пупочного кольца должна накладываться шелковая лигатура на пуповину у новорожденных с гемолитической болезнью?  
а. 3-4 мм  
б. 5-6 мм  
в. 1-2 см  
г. 3-4 см
6. Какое из перечисленных наследственных заболеваний можно диагностировать клинически в первые 3 дня жизни?  
а. фенилкетонурию  
б. синдром Тея - Сакса  
в. одну из форм муковисцидоза  
г. глицинурию
7. Для галактоземии не характерна  
а. гипогликемия  
б. галактоземия  
в. гиперхолестеринемия  
г. галактозурия
8. К какому классу иммуноглобулинов относятся резус-антитела, продуцируемые в организме матери и циркулирующие у плода?  
а. IgA  
б. IgM  
в. IgG  
г. IgE
9. Самым эффективным методом диагностики внутриутробной гипоксии плода и профилактики синдрома аспирации мекония является  
а. аускультация сердцебиения плода  
б. амниоскопия  
в. кардиотокография  
г. ультразвуковая фетометрия
10. При физиологической беременности меконий удерживается в кишечнике плода благодаря

- а. мекониевой пробке
  - б. высокому тонуусу анального сфинктера
  - в. отсутствию перистальтики кишечника
  - г. всем перечисленным факторам
11. Каков механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга при разгибательных вставлениях головки?
- а. ротационный
  - б. сгибательно-компрессионный
  - в. дистракционный
  - г. все ответы правильные
12. Какой срок необходим для стабилизации поврежденного в родах сегмента позвоночного столба за счет развития соединительной ткани?
- а. 5-7 дней
  - б. 10-14 дней
  - в. 20-30 дней
  - г. 40-50 дней
13. Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного спастического тетрапареза, парадоксальных движений эпигастральной области, высокого состояния купола диафрагмы при рентгеноскопии грудной клетки
- а. С1-С4
  - б. С5-Th1
  - в. Th1-Th12
  - г. L1-L5
14. Какие изменения кислотно-основного состояния и газов крови отмечаются у детей, перенесших асфиксию в родах?
- а. метаболический ацидоз
  - б. гипоксемия
  - в. гиперкапния
  - г. все ответы правильные
15. Возникновению асфиксии в родах наиболее подвержены
- а. переношенные новорожденные
  - б. недоношенные новорожденные
  - в. новорожденные с задержкой внутриутробного развития
  - г. все перечисленные группы детей
16. Причиной выпадения петель пуповины может являться
- а. тазовое предлежание плода
  - б. поперечное положение плода
  - в. многоводие
  - г. все перечисленные факторы
17. Патологические изменения сердечного ритма плода могут свидетельствовать об интранатальной гипоксии плода. Это можно подтвердить
- а. с помощью амниоскопии
  - б. с помощью ультразвукового исследования
  - в. с помощью определения рН в крови, взятой из предлежащей части плода
  - г. все ответы правильные

18. Какие факторы принимают участие в образовании активного тромбопластина?  
а. XII, XI, IX, VIII, X  
б. тромбин  
в. фибриноген  
г. плазмин
19. Каков дыхательный объем у недоношенного ребенка с массой тела 2500 г?  
а. 10 мл  
б. 15 мл  
в. 20 мл  
г. 25 мл
20. В каком возрасте полностью эпителизируется пупочная ранка в норме?  
а. к концу 1-й недели жизни  
б. к концу 2-й недели жизни  
в. к концу 1-го месяца жизни  
г. на 2-м месяце жизни
21. Чем обусловлена темно-зеленая окраска мекония?  
а. прямым билирубином  
б. непрямым билирубином  
в. желчью  
г. всеми перечисленными компонентами
22. По весу и росту какого плода определяется примерный календарный срок беременности при многоплодии  
а. по весу и росту большого плода  
б. по весу и росту маленького плода  
в. по весу и росту любого плода  
г. по средним показателям веса и роста обоих плодов
23. Как измениться объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни?  
а. увеличивается  
б. уменьшается  
в. не изменяется  
г. у доношенных новорожденных увеличивается, у недоношенных уменьшается
24. Каков характер водно-электролитного баланса у новорожденных первой недели жизни?  
а. положительный  
б. отрицательный  
в. баланс жидкости положительный, электролитов - отрицательный  
г. баланс жидкости отрицательный, электролитов – положительный
25. Какой из названных показателей играет наиболее важную роль в регуляции дыхания у новорожденных детей?  
а.  $P_{aO_2}$   
б.  $P_{aCO_2}$   
в. артериовенозная разница по кислороду  
г. кривая диссоциации оксигемоглобина

26. Какой тип пищеварения преобладает у новорожденных детей?
- а. полостное
  - б. мембранное
  - в. пиноцитоз
  - г. верно а) и б)
27. Влияют ли гормоны беременности на конъюгирующую способность печени плода и новорожденного?
- а. не влияют
  - б. оказывают ингибирующее действие на глюкуронилтрансферазу
  - в. активируют глюкорнилтрансферазную систему печени
  - г. влияют только при осложненном течении беременности
28. Какую долю дыхательного объема составляет физиологическое мертвое пространство?
- а. 10%
  - б. 30%
  - в. 50%
  - г. 75%
29. При позднем пережатии пуповины после самопроизвольных родов объем плацентарной трансфузии составляет
- а. 25%
  - б. 50%
  - в. 75%
  - г. 100%
30. При каком виде геморрагического синдрома назначение витамина К является патогенетической терапией?
- а. капилляропатии
  - б. тромбоцитопении
  - в. гипопротромбинемии
  - г. фибринолизе
31. Для новорожденных от матерей с сахарным диабетом характерны
- а. гипогликемия
  - б. гипокальциемия
  - в. гипербилирубинемия
  - г. все перечисленные симптомы
32. Развитие геоморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов связано
- а. с поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
  - б. с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
  - в. с повышением проницаемости капилляров
  - г. с нарушением всасывания в кишечнике витамина К
33. Какие симптомы характерны для гипомагниемии?
- а. возбуждение ЦНС
  - б. угнетение ЦНС
  - в. угнетение дыхания
  - г. одышка

34. Какие из перечисленных причин недостаточности кровообращения относятся к экстракардиальным?
- а. фиброэластоз
  - б. пароксизмальная тахикардия
  - в. открытый артериальный проток
  - г. все ответы правильные
35. Решающими при подозрении на деструктивную пневмонию являются следующие клинические симптомы
- а. выраженная дыхательная недостаточность
  - б. наличие инфекционного токсикоза
  - в. аускультативные данные
  - г. перкуторные данные
36. Самым тяжелым при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является
- а. анемия
  - б. поражение печени
  - в. поражение ЦНС
  - г. сердечная недостаточность
37. В какой группе детей противотуберкулезная вакцинация абсолютно противопоказана?
- а. недоношенные дети с массой тела менее 1500 г
  - б. дети с гемолитической болезнью
  - в. дети с врожденными ферментопатиями
  - г. все ответы правильные
38. Противотуберкулезную вакцинацию новорожденным, контактным с заболевшими токсико-септическими заболеваниями, можно проводить
- а. через 10 дней после выписки из родильного дома
  - б. через две недели после выписки из родильного дома
  - в. через 1 месяц после выписки из родильного дома
  - г. через 3 месяца после выписки из родильного дома
39. Какая причина анемии при рождении встречается чаще других?
- а. кровопотеря или гемолиз
  - б. наследственный микросфероцитоз
  - в. дефицит эритроцитарных ферментов
  - г. наследственная гипопластическая анемия
40. Наиболее частым возбудителем миокардита у новорожденных детей является
- а. вирус Коксаки
  - б. стафилококк
  - в. стрептококк
  - г. клебсиелла
41. Активность каких ферментов повышается при механических желтухах
- а. аспаратаминотрансферазы (АСТ)
  - б. аланинаминотрансферазы (АЛТ)
  - в. альдолазы
  - г. щелочной фосфатазы

42. Типичными симптомами сердечной недостаточности у новорожденных детей являются
- а. цианоз, одышка, тахикардия
  - б. одышка, тахикардия, хрипы в легких
  - в. одышка, тахикардия, увеличение размеров печени
  - г. цианоз, отеки, хрипы в легких
43. При каком заболевании в копрограмме обнаруживается большое количество нейтрального жира и его преобладание над жирными кислотами?
- а. при лактазной недостаточности
  - б. при муковисцидозе
  - в. при экссудативной энтеропатии
  - г. все ответы правильные
44. На какой срок дается медотвод от профилактических прививок после перенесенного сепсиса?
- а. на 1 мес
  - б. на 3 мес
  - в. на 6 мес
  - г. на 1 год
45. Какой из перечисленных растворов предпочтительнее назначить для оральной регидратации при адреногенитальном синдроме?
- а. раствор Рингера
  - б. оралит
  - в. раствор 5% глюкозы пополам с физиологическим раствором
  - г. раствор хлорида калия 3%
46. Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток?
- а. родовую травму ЦНС
  - б. порок развития головного мозга
  - в. метаболические нарушения
  - г. гнойный менингит
47. Какое течение фиброэластоза наблюдается чаще в периоде новорожденности?
- а. острое
  - б. подострое
  - в. хроническое
  - г. все варианты встречаются одинаково часто
48. Какая потеря массы тела в первые 4-5 дней жизни свидетельствует о недостаточном введении жидкости?
- а. 5-8%
  - б. 9-11%
  - в. более 12-14%
  - г. только более 15%

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы для собеседования по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы для собеседования к зачёту по дисциплине «Неонатология» для оценки компетенций УК-1, ОПК-4, ПК-1:

- 1) Определение понятия «неонатология», ее роль в современном акушерстве, задачи неонатологии
- 2) Перинатальная смертность, как показатель, характеризующий эффективность работы акушерско-гинекологической службы;
- 3) Антенатальная охрана плода.
- 4) Выявление групп риска по перинатальной патологии;
- 5) Особенности ведения беременных группы высокого риска на амбулаторном этапе;
- 6) Маршрутизация беременных женщин в зависимости от групп риска;
- 7) Организация и возможности перинатальных центров, их роль в предупреждении неблагоприятных исходов для матери и плода.
- 8) Задачи пренатальной диагностики;
- 9) Методы пренатальной диагностики.
- 10) Алгоритм работы врача женской консультации в рамках скрининга перинатальной патологии.
- 11) Патогенез осложнений беременности при инфекционных заболеваниях у матери;
- 12) Этиология и эпидемиология ВУИ;
- 13) Профилактика ВУИ в современном акушерстве;
- 14) Влияние различных инфекционных заболеваний матери во время беременности на плод.
- 15) Факторы риска, этиология и патогенез гипоксии плода;
- 16) Классификация гипоксии плода;
- 17) Клиника и диагностика гипоксии плода;
- 18) Профилактика и лечение гипоксии плода во время беременности.
- 19) Факторы риска, этиология и патогенез плацентарной недостаточности;
- 20) Классификация плацентарной недостаточности;
- 21) Клиника и диагностика плацентарной недостаточности;
- 22) Профилактика и лечение плацентарной недостаточности.
- 23) Факторы риска преждевременных родов, патогенез, классификация;
- 24) Клиника и диагностика преждевременных родов;
- 25) Профилактика преждевременных родов;
- 26) Терапия при угрожающих преждевременных родах
- 27) Асфиксия новорожденного: оценка состояния новорожденного, степени тяжести асфиксии
- 28) Комплекс реанимационных мероприятий при асфиксии новорожденного
- 29) ВУИ новорожденного. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
- 30) Сепсис новорожденного. Диагностика. Тактика ведения.
- 31) Кандидоз новорожденного. Диагностика. Тактика ведения.
- 32) Врожденная ЦМВИ. Диагностика. Тактика ведения.
- 33) Синдром врожденной краснухи. Диагностика. Тактика ведения.

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

*Для тестирования:*

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Новопольцева Е.Г., заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии, д.м.н., доцент; Баскакова Е.Ю., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии, к.м.н.