

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

АМБУЛАТОРНАЯ НЕОНАТОЛОГИЯ

Специальность 31.08.18 Неонатология
код, наименование

Кафедра: Факультетской и поликлинической педиатрии

Форма обучения: очная

Владимир
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Амбулаторная неонатология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Амбулаторная 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 «Амбулаторная неонатология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания
3	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений
4	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 разделам

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 ПК-1	Текущий	Раздел 1. Питание новорожденных и грудных детей	Кейс-задания Тестовые задания Доклады
	Текущий	Раздел 2. Инфекционные заболевания у новорожденных и детей первого года жизни	Кейс-задания Тестовые задания Доклады
	Текущий	Раздел 3. Основы патологии детей раннего возраста,	Кейс-задания Тестовые задания

		перенесших перинатальную патологию	Доклады
	Текущий	Раздел 4. Выхаживание и профилактика инвалидизации у детей, перенесших перинатальную патологию	Кейс-задания Тестовые задания Доклады
УК-1 ПК-1	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Контрольные вопросы

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: Ситуационные задачи, доклада, теста.

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

Раздел 1. Последние достижения в изучении состава грудного молока.

с целью установления диагноза

кении медицинского персонала

КА ВОПРОСЫ

льчику 4 суток жизни. Из анамнеза известно: беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, н /8 баллов. Масса тела 3450 г, длина - 52 см.

е крови на 2-й день жизни: непрямой - 205 мкмоль/л, прямой - 6,4 мкмоль/л.

ный и аудиологический скрининги проведены.

етония. Кожа лица и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет. Бо гкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги.

мужскому типу, яички опущены в мошонку.

КА ВОПРОСЫ

ременности, которая протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. С 16 недели беременности - угроза прерыв о календарю.

ельные. Мама по специальности лаборант газодобывающего комплекса. Индекс наследственной отягощённости - 0.

го нёба (расщелина до 2,5 см в длину и 0,5 см в ширину). По другим внутренним органам и системам без патологии.

ыйный. Аппетит - нарушен.

подвижном предмете;

спитательным и физическим воздействиям с указанием номера и их характеристик.

в рамках национального календаря профилактических прививок надо проводить ребенку в возрасте до 2 месяцев.

Раздел 2. Искусственное вскармливание

ПРОСЫ

вскармливание – грудное. Мать жалуется, что в последние дни ребёнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления матери исключает.

При осмотре отрицательно. Обращает внимание на покраснение перианальной области.

Апгар 5/7 баллов.

ительный диагноз? Опишите ожидаемые результаты.

ПРОСЫ

родственникам, которые вызвали врача-педиатра участкового, поскольку посчитали, что ребёнок болен.

страх беременности; на 23-25 неделе гестации у женщины отмечалось повышение температуры, катаральных явлений – 9 час, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 3550 г, длина 53 см. Выписан из родильного отделения отрицательно.

температура вялая. Масса тела 3540 г; при контрольном кормлении высосал около 63 мл молока. Кожа бледно-розовая, сухая, чешуйчатый шов открыт на 1 см, венечный шов – на 0,2 см. Большой родничок 4×4 см, выполнен; малый родничок 0,5×0,5 см, не закрыт из-под рёберной дуги. Селезёнка на 1 см ниже рёберной дуги. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм.

в доме, результаты которых следует уточнить?

при назначении докорма.

Раздел 3. Современная диетическая коррекция функциональных расстройств пищеварения у детей первого года жизни

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач-педиатр участковый осматривает на первичном патронаже девочку Д. в возрасте 5 дней. Из анамнеза известно, что ребёнок от женщины 28 лет от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. Роды срочные, отмечалась слабость родовой деятельности, стимуляция - окситоцином. Первый период - 14 часов, 35 минут, второй - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов. В родах отмечалось затрудненное выведение плечиков. Масса при

		<p>рождении 4530 гр, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. После рождения ребёнок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объём активных движений в левой руке снижен. В роддоме проводилось лечение Сернокислой магнезией, Викасолом, на пятые сутки выписан домой.</p> <p>При осмотре состояние ребёнка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность при осмотре. Пупочная ранка сухая, чистая. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под рёберного края на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Стул жёлтый, мазевидный. Окружность головы 37,5 см, большой родничок 2,5×2,5 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма+, но ладонно-ротовой слева -, хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Выражена мышечная дистония, в левой руке тонус снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах, движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы ползания +, защитный +, спинальные +.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
В	5	С какого возраста данному ребёнку необходимо начать проведение профилактики рахита?
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>На приёме повторно мама с девочкой Л. 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.</p> <p>Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.</p> <p>При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.</p> <p>Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез не отягощён.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В</p>

		лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
В	4	Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
В	5	Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью.

Раздел 4 . Поддержка грудного вскармливания в организациях родовспоможения и детства. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребёнка Е. после рождения констатировали полное отсутствие движения в левой руке, отмечена патологическая подвижность в верхней трети левой плечевой кости, в этом же месте появилась припухлость, крепитация. Ребёнок ведет себя крайне беспокойно, особенно беспокойство усиливается во время осмотра. Из анамнеза: мать молодая, первородящая, предлежание ягодичное, ожидался крупный плод. Роды самостоятельные, затяжные. Первый период родов 23 часа, второй период 45 минут, применено ручное акушерское пособие в родах. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Проведены реанимационные мероприятия. Масса 3900,0 г; рост 56 см, окружность головы 36 см, окружность грудной клетки 34 см.
В	1	Поставьте диагноз.
В	2	Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
В	3	Назначьте лечение.
В	4	Определите исход. Наблюдение каких специалистов показано в поликлинике?
В	5	Укажите методы лечения болевого синдрома.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Первичный патронаж новорождённого. Девочка Н. 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела - 4100 г, длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки.

		При осмотре врач-педиатр участковый отмечает признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы вызываются, но снижены. Мышечная гипотония. Форма головы правильная, большой родничок 3×3см, не напряжён. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 52 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 110 в минуту. Мама отмечает, что ребёнок неохотно и вяло сосёт грудь. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно. Стул был дважды, не обильный, жёлтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха. Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребёнка не проведён. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.
В	1	Ваш предполагаемый диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Обоснуйте и составьте план обследования пациента
В	4	4. При обследовании ребёнка уровень ТТГ составил 98,0 мЕД/л. Обоснуйте терапию конкретного ребёнка.
В	5	Какова дальнейшая тактика врача-педиатра участкового?

4.2. Темы докладов для оценки компетенций: УК-1 ПК-1

1. Современные принципы вскармливания и лечебного питания новорожденных и недоношенных детей;
2. Принципы лечебно-охранительного режима в неонатологии; Современные представления о методах выхаживания и ухода, в том числе развивающего, за недоношенными детьми и новорожденными детьми с заболеваниями и патологическими состояниями;
3. Методы лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями;
4. Принципы и методы немедикаментозной терапии новорожденных и недоношенных детей (фототерапия, укладки, иммобилизация при травмах, повязки (пластыри, пленки) при повреждениях кожи, восстановительного лечения; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения и побочные действия; Принципы и методы асептики и антисептики;
5. Принципы профилактики инфекций у новорожденных и недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи;

4.3. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: УК-1, ПК-1

Раздел 1. Питание новорожденных и грудных детей

1. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНЕ?

- А) младенческая смертность
- Б) уровень рождаемости
- В) уровень смертности
- Г) количество врачей на душу населения

2. КАКОЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЕТ РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ

СМЕРТНОСТЬ В СТРУКТУРЕ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПРИ НИЗКОМ ЕЕ УРОВНЕ?

- А) 70-75%
- Б) 45-50%
- В) 30-40%
- Г) 10-20%

3. ПОД НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОЛНЫХ

- А) 28 суток жизни из 1000 живорожденных
- Б) 28 суток жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми
- В) 30 суток жизни из 1000 живорожденных
- Г) 30 суток жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

4. ТРАНЗИТОРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ

- А) метаболический ацидоз, катаболическая направленность белкового обмена, гипогликемия
- Б) метаболический ацидоз, анаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия
- В) метаболический алкалоз, анаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия
- Г) метаболический алкалоз, катаболическая направленность белкового обмена, гипергликемия

5. НЕДОНОШЕННЫМ МОЖНО СЧИТАТЬ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ

- А) с весом 2300, ростом 45 см, при сроке гестации 36 недель, с распространенными милиа, пастозностью подкожной клетчатки, выраженной физиологической эритемой, мягкими ушными раковинами
- Б) с весом 2500, ростом 47 см, при сроке гестации 39 недель, с пастозностью подкожной клетчатки и выраженной физиологической эритемой
- В) с весом 2300, ростом 51 см, при сроке гестации 40 недель, с пастозностью подкожной клетчатки и ярко выраженной физиологической эритемой
- Г) с весом 2300, ростом 51 см, при сроке гестации 39 недель, с пастозностью подкожной клетчатки

6. КАКОЙ ВИД ВСКАРМЛИВАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОПТИМАЛЬНОЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА?

- А) грудное
- Б) искусственное неадаптированными смесями
- В) искусственное смесями, обогащенными минеральными веществами и витаминами
- Г) смешанное

7. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) фенилкетонурия
- Б) недоношенность
- В) гемолитическая болезнь новорожденного
- Г) оперативное родоразрешение

8. ПРИ КАКОМ ТИПЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ СТАНОВЛЕНИЕ НОРМАЛЬНОГО

СОСТАВА КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОИСХОДИТ БЫСТРЕЕ?

- А) грудном
- Б) искусственном
- В) смешанном
- Г) вид вскармливания не имеет значения

9. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) бифидум-бактерии
- Б) ацидофильные палочки
- В) кишечные палочки
- Г) энтерококки

10. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

- А) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди
- Б) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди
- В) уменьшить физические нагрузки матери
- Г) увеличить физические нагрузки матери

11. КАКИЕ ПРИЧИНЫ ОБУСЛОВЛИВАЮТ ТРУДНОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, ОСОБЕННО В ПЕРВЫЕ 2 НЕДЕЛИ ЖИЗНИ:

- А) все ответы правильные
- Б) незрелость пищеварительной системе
- В) незрелость нервной системы
- Г) сопутствующие заболевания

12. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ СПОСОБ РАСЧЕТА ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ

- А) калорийный
- Б) объемный
- В) по формуле Шкарина
- Г) по формуле Зайцевой

13. В КАКИЕ СРОКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНАЯ РВОТА ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ?

- А) через 2-3 недели после рождения
- Б) на 2-е сутки
- В) через 40 дней
- Г) срок не имеет значения

14. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ С НОВОРОЖДЕННЫМ

- А) все перечисленные
- Б) забота о рациональном питании
- В) коммуникабельность
- Г) асептика

15. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ВОЗНИКАЕТ ПРИ МИНИМАЛЬНОМ УРОВНЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ _____ ММОЛЬ/Л

- А) 2,6
- Б) 3,3

- В) 2,75
Г) 0,5

Раздел 2. Инфекционные заболевания у новорожденных и детей первого года жизни

1. К ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ГОСПИТАЛЬНОЙ (НОЗОКОМИАЛЬНОЙ) ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ

- А) грамотрицательную флору
Б) грибковую инфекцию
В) атипичную флору
Г) респираторные вирусы

2. КАКОЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПО "ВХОДНЫМ ВОРОТАМ"?

- А) пупочный
Б) кишечный
В) кожный
Г) отогенный

3. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

- А) пиодермия
Б) флегмона
В) остеомиелит
Г) рожистое воспаление

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- А) вторичные приступы асфиксии
Б) локальные хрипы
В) шум трения плевры
Г) укорочение легочного звука

5. ГИПЕРТЕРМИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) гнойном менингите
Б) некротизирующем энтероколите
В) сепсисе
Г) очаговой бронхопневмонии

6. КАКАЯ СХЕМА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМА В СИТУАЦИИ, ЕСЛИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ, ИНТОКСИКАЦИЯ, ПНЕВМОНИЯ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, НА КОЖЕ СПИНЫ, ЖИВОТА, СЛИЗИСТЫХ ИМЕЮТСЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ

- А) ампициллин + гентамицин
Б) ампициллин+ сульфаниламиды
В) викасол + дицинон
Г) цефалексин + гентамицин

7. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА?

- А) судороги

- Б) гипорефлексия
- В) гипертермия
- Г) адинамия

8. С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ МАСТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ:

- А. абсцесс кожи в области грудной железы
- Б. эксфолиативный дерматит
- В. разрыв грудной мышцы
- Г. везикулопустулёз

9. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ?

- А. золотистый стафилококк
- Б. вирус гриппа
- В. Простейшие
- Г. сапрофитная флора новорожденного

10. КАКОВА ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕСТНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ФЛЕГМОНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

- А. задняя поверхность тела
- Б. околопупочная область
- В. шея
- Г. лицо

11. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ФЛЕГМОНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. линейные разрезы в шахматном порядке длиной 1 – 1,5 сантиметра
- Б. окаймляющий разрез
- В. звездчатый разрез
- Г. лампасные разрезы

12. С КАКИМ ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ФЛЕГМОНУ НОВОРОЖДЕННЫХ:

- А. подкожный адипозонекроз
- Б. эксфолиативный дерматит
- В. врожденный ихтиоз
- Г. отек Квинке

13. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ПЛОДА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) возникновение первичной ЦМВИ во время беременности
- Б) реактивация латентной инфекции
- В) персистенция других герпесвирусных инфекций
- Г) применение гормональной терапии у беременной

14. ПРИЧИНАМИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. муковисцидоз
- Б. родовая травма
- В. многоводие
- Г. маловесность к сроку гестации

15. ПОВЫШЕННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ СВЯЗАНА С

- А) неправильным уходом за слизистой
- Б) кислой реакцией среды полости рта
- В) гиперсаливацией в полости рта
- Г) недостаточной васкуляризацией слизистой

Раздел 3. Основы патологии детей раннего возраста, перенесших перинатальную патологию

1. КАКИЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МОЖНО РАСЦЕНИВАТЬ КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ НОРМУ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА?

- А) дыхательная аритмия
- Б) мерцательная аритмия
- В) брадикардия менее 100 ударов в минуту
- Г) тахикардия выше 160 ударов в минуту

2. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- А) Балларда
- Б) Сильвермана
- В) Доунса
- Г) Дементьевой

3. К НЕДОНОШЕННЫМИ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ, РОДИВШИЕСЯ В СРОК ДО ____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

- А) 37
- Б) 38
- В) 39
- Г) 40

4. АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМ И ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ ПРОВОДИТСЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

- А) к моменту выписки из стационара
- Б) на 2 день жизни
- В) на 3-4 день жизни
- Г) на 3-4 день жизни

5. НЕОЩУТИМЫЕ ПОТЕРИ ЖИДКОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВЫШЕ, ЧЕМ У ДОНОШЕННЫХ ВСЛЕДСТВИЕ:

- А) всех перечисленных факторов
- Б) большей поверхности тела на кг веса
- В) особенности строения кожи
- Г) более обильной васкуляризации кожи

6. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ СПОСОБ РАСЧЕТА ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННОМУ РЕБЕНКУ

- А) калорийный
- Б) объемный
- В) по формуле Шкарина
- Г) по формуле Зайцевой

7. В КАКИЕ ДНИ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ БИЛИРУБИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?

- А) 5-6-й день
- Б) 1-2-й день
- В) 3-4-й день
- Г) 7-8-й день

8. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРИ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО

- А) с относительной незрелостью конъюгирующих ферментов и экскреторной функцией
- Б) с нарушением конъюгирующей функцией гепатоцитов
- В) с нарушением экскреторной функцией гепатоцитов
- Г) с нарушением проходимости желчевыводящих путей

9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- А) вторичные приступы асфиксии
- Б) локальные хрипы
- В) шум трения плевры
- Г) укорочение легочного звука

10. РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В

- А) сетчатке и стекловидном теле
- Б) мышцах, регулирующих движение глазного яблока
- В) костной ткани черепа
- Г) мышцах лица и шеи

11. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН ЧАЩЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ?

- А) обменные нарушения (гипогликемия, гипокальциемия)
- Б) пренатальное поражение ЦНС
- В) асфиксия
- Г) внутричерепная родовая травма

12. В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРДИОТОНИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ НАЛИЧИИ

- А) асимметричной гипертрофической кардиомиопатии
- Б) функционирующем артериальном протоке
- В) транзиторной дисфункции миокарда
- Г) врожденных пороках сердца

Раздел 4. Выхаживание и профилактика инвалидизации у детей, перенесших перинатальную патологию

1. Когда был открыт первый в РФ банк донорского грудного молока?

- 1) в 2014 году;
- 2) в 2010 году
- 3) в 2001 году;
- 4) в 2019 году.

2. Медицинские показания для кормления ребенка сцеженным грудным молоком

- 1) отдельные врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата
- 2) долгое время грудного вскармливания;

- 3) гипербилирубинемия;
- 4) гестационный возраст менее 36 недель;

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде собеседования с опросами по разделам.

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

5.2 Вопросы к зачету по дисциплине «Амбулаторная неонатология»

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Грудное вскармливание, его программирующая роль в формировании здоровья. 2. Особенности становления лактации у матерей недоношенных детей. Эпигенетические маркеры, противoinфекционные и ростовые факторы в грудном молоке. 3. Место современных продуктов прикорма в критическом периоде формирования здоровья ребенка. Принципы введения прикорма. Белок, жиры (и другие нутриенты) в питании грудных детей. 4. Задержка роста и недостаточность питания плода и ее влияние на состояние здоровья детей в последующие периоды жизни. Возможности нутритивной коррекции. 5. Вскармливание и постнатальный рост недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития. 6. Принципы вскармливания глубоконедоношенных детей после выписки из стационара. 7. Кишечная микробиота. Закономерности становления. Особенности у недоношенных детей и при различных осложнениях постнатальной адаптации. Кишечная микробиота и мозг: обоюдное влияние и взаимодействие. 8. Инфекционные заболевания у новорожденных и детей первого года жизни. Факторы риска развития инфекционных заболеваний, характерных для перинатального периода. Особенности врожденного и адаптивного иммунитета у новорожденных и детей первого года жизни. 9. Врожденные и перинатальные инфекции бактериальной этиологии (этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина, классификация, профилактика и лечение, ближайшие и отдаленные последствия и осложнения в раннем детском возрасте). 10. Врожденные и перинатальные инфекции грибковой этиологии (этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина, классификация, профилактика и лечение, ближайшие и отдаленные последствия и осложнения в раннем детском возрасте). 11. Врожденные и перинатальные инфекции вирусной этиологии (этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина, классификация, профилактика и лечение, ближайшие и отдаленные последствия и осложнения в раннем детском возрасте). 12. Врожденный токсоплазмоз, врожденный сифилис, врожденный туберкулез (этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина, классификация, профилактика и лечение, ближайшие и отдаленные последствия и осложнения в раннем детском возрасте). 13. Профилактика, диагностика и лечение инфекционной патологии у доношенных и недоношенных детей, родившихся здоровыми, и у недоношенных и детей с тяжелой перинатальной патологией на первом году жизни в амбулаторных условиях. Отдаленные последствия перенесенных в неонатальный период инфекционных заболеваний. 14. Особенности физического и нервно-психического развития недоношенных детей различного гестационного возраста в период раннего детства. Оценка физического развития у детей первых 3 лет жизни. 15. Особенности амбулаторного наблюдения доношенных и недоношенных детей, рожденных на разных сроках гестации, перенесших перинатальную патологию <p>Итоговое занятие по разделу 3</p>	УК-1 ПК-1
--	-----------

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 несущественные 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 несущественные 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 несущественные 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 Екатерина Геннадьевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии;

Козлова Елена Михайловна д.м.н., профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии.