



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе

« 25 » января 2019 г. / С.А. Артюшкин /



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры  
по специальности 31.08.18 Неонатология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## 2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

### ***Универсальные компетенции (УК):***

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

- профилактическая деятельность:
- 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-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);
- диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### **3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену.**

- Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые выносятся на ГИА.
- В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу.
- Для систематизации знаний необходимо посещение ординатором консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.
- Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология.
- Ординатор должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач.

- В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким.
- Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов.

## **5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

### **Контрольные вопросы «Неонатология».**

1. Государственная система охраны материнства и детства.
2. Стратегии снижения перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности.
3. Принципы оказания неонатологической помощи.
4. Организационные аспекты скрининга новорожденных на наследственные заболевания.
5. Медицинская этика и деонтология. Взаимоотношения врача-неонатолога с родителями новорожденного ребенка. Консультирование и информирование родителей.
6. Неинвазивные методы пренатальной диагностики.
7. Инвазивные методы пренатальной диагностики.
8. Задержка роста плода. Факторы, приводящие к развитию задержки плода. Диагностика задержки роста плода.
9. Лечение и дальнейшее ведение новорожденных с «замедленным ростом плода».
10. Поражения плода и новорожденного, обусловленные вредными воздействиями на мать.
11. Поражения плода и новорожденного, обусловленные употреблением матерью наркотических средств. Система оценки абстинентного синдрома у новорожденных (шкала L.Finnegan).
12. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика.
13. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Тактика ведения новорожденных. Прогноз.
14. Неонатальный герпес. Факторы риска. Клиническая картина. Классификация. Диагностика.
15. Современная противовирусная терапия у новорожденных.
16. Синдром врожденной краснухи. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Терапия. Профилактика.
17. Врожденная вирусная инфекция, вызванная вирусом гепатита В. Профилактика перинатальной трансмиссии вируса гепатита В.
18. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.
19. Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных.
20. Базовая помощь новорожденному в родильном зале.
21. Механизм лактации и состав грудного молока. Основные рекомендации по грудному вскармливанию.
22. Асфиксия новорожденных. Антенатальные и интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных.
23. Оценка по шкале Апгар, ее интерпретация.
24. Алгоритм принятия решения о начале первичных реанимационных мероприятий. Последовательность основных реанимационных мероприятий. Тактика ведения новорожденных после завершения первичных реанимационных мероприятий. Прогноз.
25. Внутричерепная родовая травма. Классификация. Диагностика. Лечение.
26. Паралич Эрба-Дюшена. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Терапия.
27. Паралич Дежерина-Клюмпке. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
28. Гестационный возраст, его оценка. Шкала Баллард.
28. Особенности иммунитета новорожденных.

29. Особенности сердечно-сосудистой системы новорожденных. Кровообращение плода. Характеристика переходного кровообращения.
30. Особенности системы дыхания. Механизм первого вдоха. Особенности синтеза и функциональное значение сурфактантной системы.
31. Пограничные состояния. Адаптация детей к рождению и условиям внеутробной жизни.
32. Транзиторная потеря первоначальной массы тела. Причины убыли массы.
33. Адаптация дыхательной системы. Адаптация легких при плановом и экстренном кесаревом сечении.
34. Транзиторные нарушения теплового баланса.
35. Адаптация центральной нервной системы. Родовый катарсис. Ипринтинг. Транзиторная неврологическая дисфункция.
36. Транзиторная гипербилирубинемия. Причины. Клинические и лабораторные критерии физиологической желтухи.
37. Транзиторная полицитемия. Дифференциальный диагноз транзиторной полицитемии и полицитемии новорожденного.
38. Противопоказания к грудному вскармливанию. Смеси для вскармливания доношенных детей. Смеси для вскармливания недоношенных детей.
39. Транзиторное тахипноэ новорожденных. Причины. Тактика ведения.
40. Синдром аспирация мекония. Этиология. Патогенез. Диагностика.
41. Синдром аспирации мекония. Лечение. Показания к оксигенотерапии. Показания к искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Стартовые параметры. Медикаментозная терапия. Прогноз.
42. Персистирующая легочная гипертензия новорожденных. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Терапия (немедикаментозная, медикаментозная). Прогноз.
43. Синдром утечки воздуха. Классификация. Механизм развития. Дифференциально-диагностические мероприятия. Лечение.
44. Врожденная пневмония. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Лечение. Профилактика.
45. Неонатальная пневмония, обусловленная аспирацией. Диагностика. Лечение. Профилактика.
46. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся преимущественно артериальной гипоксемией. Транспозиция магистральных сосудов. Пренатальная диагностика. Клиническая симптоматика. Лечение.
47. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся преимущественно сердечной недостаточностью. открытый атриовентрикулярный канал. Коарктация аорты. Пренатальная диагностика. Гемодинамика. Клиническая симптоматика. Лечение.
48. Фетальные и неонатальные аритмии. Диагностика. Лечение.
49. Невоспалительные заболевания миокарда. Кардиомиопатии. Аритмогенная дисфункция миокарда. Диагностика. Лечение.
50. Миокардиты у новорожденных.
51. Ишемия мозга. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Инструментальные исследования.
52. Сочетанные ишемические и геморрагические поражения головного мозга. Клиническая картина. Диагностика.
53. Лечение и профилактика гипоксически-ишемических поражений мозга у новорожденных.
54. Менингит. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
55. Дифференциальная диагностика желтух с непрямой гипербилирубинемией.
56. Дифференциальная диагностика желтух с прямой гипербилирубинемией.
57. Неонатальный холестаз. Тактика ведения детей с прямой гипербилирубинемией. Особенности питания. Медикаментозная терапия. Немедикаментозная терапия.
58. Резус-изоиммунизация плода и новорожденного. Эпидемиология. Тактика ведения

беременных. Профилактика.

59. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВО-системе и другим факторам. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Тактика ведения.

60. Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-фактору. Тактика ведения новорожденных на этапе родильного дома. Осложнения.

61. Фототерапия. Показания. Техника проведения.

62. Заменное переливание крови. Показания к проведению заменного переливания крови. Техника операции.

63. Геморрагическая болезнь новорожденного. Классификация. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.

64. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Диагностика. Принципы терапии.

65. Ранний сепсис новорожденных. Этиология. Факторы риска. Эпидемиология. Клиническая картина. Этапы диагностики. Лечение.

66. Дифференциальный диагноз раннего неонатального сепсиса и внутриамниотической инфекции плода.

67. Сепсис новорожденного, обусловленный стрептококком группы В. Варианты течения. Алгоритм обследования беременных женщин. Показания к антибактериальной терапии в родах.

68. Поздний сепсис новорожденных. Факторы риска. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Выбор антибиотика. Патогенетическая терапия.

69. Микозы новорожденных. Классификация. Тактика ведения.

70. Эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфичные для новорожденного. Синдром новорожденного от матери, страдающей диабетом. Сахарный диабет новорожденного.

71. Нарушения электролитного обмена. Коррекция.

72. Нарушения кислотно-основного баланса. Ацидоз. Алкалоз. Коррекция.

73. Неонатальный скрининг. Заболевания, включенные в программу неонатального скрининга в Российской Федерации.

74. Принципы инфузионной терапии у новорожденных. Алгоритм расчета программы инфузионной терапии. Принципы обеспечения сосудистого доступа.

75. Особенности выхаживания новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении.

76. Энтеральное и парентеральное питание детей с экстремально низкой массой тела при рождении.

77. Боль у новорожденных. Немедикаментозные и медикаментозные методы устранения боли.

78. Респираторный дистресс синдром. Методы респираторной терапии. Сурфактантная терапия. Мониторинг.

79. Бронхолегочная дисплазия. Эпидемиология. Классификация. Клиническая картина. Лечение. Прогноз.

80. Поражения головного мозга у недоношенных новорожденных. Внутрижелудочковые кровоизлияния. Тактика ведения. Постгеморрагическая гидроцефалия. Методы купирования повышенного внутричерепного давления.

81. Профилактика инфекционных заболеваний. Вакцинация. Иммунопрофилактика.

82. Шок у новорожденных детей. Варианты шока. Подходы к интенсивной терапии.

83. Искусственная вентиляция легких. Неинвазивная искусственная вентиляция легких. Инвазивная искусственная вентиляция легких. Маневры открытия альвеол.

84. Наследственные заболевания новорожденных. Хромосомные болезни. Моногенные болезни. Митохондриальные болезни. Синдромы с риском неотложных состояний в периоде новорожденности. Диагностика. Неотложная терапия.

85. Принципы антибактериальной терапии у новорожденных. Фармакокинетика

антибиотиков у новорожденных.

86. Врожденные и перинатальные нарушения слуха. Раннее выявление и профилактика. Аудиологический скрининг.

87. Судороги у новорожденных. Причины. Клиническая картина. Лечение.

88. Нейропротекция у новорожденных. Краниocereбральная гипотермия. Перспективные нейропротективные стратегии.

89. Особенности наблюдения и ведения новорожденных на педиатрическом участке. Врачебный и сестринский патронаж. Контроль и коррекция вскармливания.

90. Уход за новорожденным и профилактика дефектов ухода.

91. Анемия недоношенных. Ранняя анемия недоношенных. Поздняя анемия недоношенных. Клиническая картина. Профилактика и лечение поздней анемии недоношенных.

92. Гемотрансфузия в интенсивной терапии новорожденных. Показания к гемотрансфузии. Общие принципы проведения гемотрансфузии. Осложнения и побочные эффекты гемотрансфузии.

93. Артериальная гипертензия у новорожденных. Причины неонатальной гипертензии. Клиническая картина. Лечение.

94. Инфекции мочевыводящих путей у новорожденных. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.

95. Неонатальная гипогликемия. Критерии. Частота. Клиническая картина. Профилактика и лечение гипогликемий у новорожденных.

96. Остеопения недоношенных. Диагностика. Лечение. Профилактика.

97. Оценка неврологического статуса новорожденного. Основные врожденные рефлексы новорожденных. Основные патологические неврологические синдромы у новорожденных.

98. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных. Местная терапия. Общая терапия. Профилактика.

99. Некротизирующий энтероколит. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.

100. Оценочные и прогностические шкалы в неонатологии. Шкалы, отражающие тяжесть состояния ребенка. Шкалы полиорганной недостаточности в неонатальном периоде. Шкалы оценки интенсивности боли.

### **Контрольные вопросы «Педагогика»**

101. Федеральные государственные образовательные стандарты и их роль в образовании

102. ФГОС 3++ и их отличие от предыдущих стандартов

103. Основные положения Болонской конвенции

104. Профессиональные стандарты

105. Аккредитация специалиста

106. Независимый контроль качества в образовании

107. Классификация активных методов обучения по Н.Шевандрину

108. Лекция как одна из ведущих форм обучения на примере профильной дисциплины

109. Методы активизации усвоения материала во время лекции и семинарского занятия

110. Роль бихевиоризма в формировании современной теории педагогики

111. Темперамент и его значение для педагогической деятельности

112. Механизмы психологической защиты в преподавательской деятельности

113. Доказательная база в области теории обучения

114. Компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации

115. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья

116. Основные положения Федерального закона от 02.12. 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

117. Лицензирование образовательной деятельности

118. Особенности медицинского образования
119. Структура системы образования в Российской Федерации
120. Государственная аккредитация образовательной деятельности
121. Интерактивные формы обучения в вузе как педагогическая инновация
122. Требования к оформлению рабочих программ по дисциплине в системе высшего образования
123. Компетентностный подход в образовании.
124. Опишите методологию подготовки семинарского занятия.
125. Назовите и опишите положительные и отрицательные стороны различных технологических методов дистанционного обучения.
126. Опишите классификацию видов деятельности в учебном процессе по Блюму.
127. Опишите семь основных механизмов психологической защиты, укажите на связь между механизмами психологической защиты и психологическими особенностями личности. Опишите, почему преподаватель должен знать особенности механизмов психологической защиты.
128. Опишите понятие о личности преподавателя и индивидуального стиля деятельности.
129. Что такое профессиональная и личностная деформация преподавателя? Опишите основные положения теории профессионального выгорания и методы профилактики этого расстройства.
130. Педагогическая рефлексия как метод педагогики высшей школы.
131. Понятие об образовании. Обучение как ядро образования.
132. Отличия первичной от первичной специализированной аккредитации
133. Сущность профессионального стандарта деятельности преподавателя.
134. Классификация образовательных сред.
135. Традиционные формы, методы и средства вузовского обучения и педагогического контроля.
136. Опишите интеллект и навыки мышления. Укажите на сходства и различия логического и психологического критического мышления.
137. Опишите восприятие. Иллюзии восприятия. Влияние восприятия на когнитивные процессы.
138. Опишите внимание. Состояния, свойства внимания. Развитие внимания. Его связь с когнитивными процессами. Опишите и приведите примеры эффективных техник внимания как посредника когнитивных процессов.
139. Опишите память, виды памяти. Ошибки памяти. Развитие памяти. Влияние памяти на когнитивные процессы.
140. Расскажите о том, что такое критическое мышления и опишите его связь с творческим мышлением.
141. Опишите методы использования невербальных средств для повышения критического мышления.
142. Сформулируйте принципы проектирования и реализации основных образовательных программ.

#### **Контрольные вопросы «Общественное здоровье и здравоохранение»**

143. Требования к медицинским организациям при лицензировании. Основные нормативные правовые акты, определяющие требования к квалификационным характеристикам медицинского персонала
144. Субъект и объект управления. Понятие, сущность и практическое применение понятий.
145. Организация службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, структура, функции.
146. Роль и место управленческого решения в управлении
147. Основные задачи здравоохранения в России на современном этапе

148. Амбулаторно-поликлиническая помощь: задачи, структура, финансирование
149. Общие принципы организации работы поликлиники. Пути совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению.
150. Контроль как функция управления: определение, принципы и методы контроля.
151. Теоретические и социально-экономические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии.
152. Уровни управления медицинской организацией. Цели и задачи управленческого персонала на различных уровнях управления.
153. Биомедицинская этика. Смерть и умирание. Эвтаназия. Морально-этические проблемы аборта.
154. Виды планирования. Формирование целей, требования к ним.
155. Лидерство. Его отличие от руководства
156. Конституционное право как основа всех отраслей национального права. Охрана здоровья в Конституции Российской Федерации.
157. Особенности оказания медицинской помощи сельскому населению и условия, определяющие ее эффективность
158. Порядок приема на работу, правила заполнения, ведения, хранения и выдачи трудовых книжек.
159. Прием на работу. Основные документы. Оформление.
160. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.
161. Прекращение и расторжение трудового договора. Оформление увольнения.
162. Дисциплинарная ответственность. Виды дисциплинарной ответственности и порядок применения.
163. Трудовой договор. Обязательные и дополнительные условия трудового договора, правила заключения и оформления.
164. Экономические методы управления в здравоохранении. Управленческий учет и управленческие решения
165. Экономическая эффективность в здравоохранении и основные принципы ее оценки
166. Правила расторжения трудового договора при увольнении работника по инициативе работодателя при сокращении численности штата работников.
167. Организация преемственности деятельности амбулаторно-поликлинической службы во взаимодействии со стационарами, скорой медицинской помощью, специализированными центрами
168. Требования, которым должна отвечать система здравоохранения в соответствии с политикой «здоровье для всех» по материалам Европейского бюро ВОЗ.
169. Варианты подходов к оценке качества медицинской помощи. Методы оценки и контроля качества медицинской помощи.
170. Конституция России о социальных гарантиях для граждан
171. Медицинская статистика: понятие, место в системе деятельности организаций здравоохранения и органов управления
172. Организация и этапы статистического исследования
173. Методы санитарной статистики
174. Организация экспертизы нетрудоспособности в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

### **Контрольные вопросы «Патология»**

175. Морфология повреждения. Смерть клетки – классификация, морфологические проявления. Обратимые и необратимые повреждения. Некроз. Причины, механизмы развития, морфологическая характеристика. Клинико-морфологические формы некроза (коагуляционный, колликвационный, казеозный, жировой, гангрена): клинико-морфологическая характеристика, диагностика, исходы, пато- и морфогенез).

176. Апоптоз. Биологическая сущность. Понятие о запрограммированной гибели и программе гибели клетки. Морфологическая характеристика апоптоза и отличия ее от таковой при некрозе. Значимость апоптоза в физиологических условиях и при различных патологических состояниях (болезни Альцгеймера и Паркинсона, боковой амиотрофический склероз, радиационное поражение и др.). Методы диагностики.
177. Нарушения водно-электролитного баланса. Объем внутри- и внеклеточной жидкостей. Осмотическое давление, онкотическое давление – характеристика и регуляция. Наружное и внутреннее водно-натриевое равновесие: характеристика, регуляция (ренин-ангиотензин-альдостероновая система, предсердный натрийуретический пептид). Транссудат, водянка полостей, отек головного мозга и легких: клинко-морфологическая характеристика, пато- и морфогенез. Лимфостаз, лимфодема. Нарушения обмена калия, гипо- и гиперкалиемия.
178. Расстройства кровообращения. Классификация. Артериальное и венозное полнокровие. Причины, виды, морфология. Изменения в органах (легкие, печень, селезенка, почки, слизистые оболочки) при хроническом венозном застое.
179. Шок. Определение, виды, механизмы развития, стадии, морфологическая характеристика, клинические проявления.
180. Кровотечение: наружное и внутреннее, кровоизлияния. Геморрагический диатез. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.
190. Ишемия. Определение, причины, механизмы развития, морфологическая характеристика, методы диагностики, клиническое значение. Роль коллатерального кровообращения. Острая и хроническая ишемия.
191. Понятие и биологическая сущность воспаления. История учения о воспалении. Клинические проявления и симптоматика воспаления (местные и системные).
192. Острое воспаление. Этиология и патогенез. Реакции кровеносных сосудов. Транссудат, экссудат, отек, стаз. Эмиграция лейкоцитов, образование гноя. Исходы: полное разрушение, фиброзирование, абсцедирование, хронизация.
193. Первичные и вторичные (приобретенные) иммунодефициты. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Эпидемиология, пути передачи, этиология. Биология вируса иммунодефицита человека. Пато- и морфогенез, клинко-морфологическая характеристика. СПИД-ассоциированные заболевания: оппортунистические инфекции, опухоли. Осложнения. Причины смерти.
194. Основные положения учения о диагнозе. Диагноз. Определение понятия. Правила микроскопического исследования операционного и биопсийного материалов. Принципы построения клинического и патологоанатомического диагнозов. Основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание. Комбинированное основное заболевание (конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания). Принципы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов. Расхождения диагнозов, Причины и категории расхождения диагнозов. Значение клинко-анатомических конференций.
195. Признаки смерти и посмертные изменения. Смерть. Определение понятия. Скоропостижная смерть. Понятие о внутриутробной, клинической и биологической смерти. Признаки биологической смерти.
196. Сепсис как особая форма развития инфекции. Классификация сепсиса. Клинко-анатомические формы сепсиса: септицимия, септикопиемия, септический (инфекционный) эндокардит.
197. Инфекции, поражающие преимущественно органы дыхания. Вирусные (риновирус, грипп) инфекции. Бактериальные респираторные инфекции. Инфекции дыхательных путей, вызываемые диморфными грибами (гистоплазмоз, кокцидиомикоз). Классификация, клинко-морфологическая характеристика.

198. Туберкулез. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез. Классификация (первичный, гематогенный, вторичный). Морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.
199. Инфекции, поражающие преимущественно желудочно-кишечный тракт. Вирусные энтерит и диарея. Бактериальная дизентерия. Кампилобактерный, йерсениозный энтериты. Брюшной тиф и сальмонеллез. Холера. Амебиаз. Эпидемиология, этиология, пато- и морфогенез, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.
200. Гнойные инфекции, вызываемые грамположительными бактериями. Стафилококковые и стрептококковые инфекции. Скарлатина. Эпидемиология, этиология, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.
201. Инфекции, вызываемые анаэробными возбудителями. Клостридиозы: общая характеристика, классификация. Целлюлит, газовая гангрена: клинико-морфологическая характеристика. Инфекции, вызываемые неспорообразующими анаэробами. Общая характеристика.
202. Сифилис: классификация. Приобретенный сифилис вторичный, третичный). Морфология врожденного сифилиса (мертворожденных, раннего, позднего).
203. Патология плаценты. Инфекционные процессы. Пути инфицирования последа и плода. Нарушения кровообращения, этиология, особенности морфогенеза, клиническое значение. Виды: периворсинковое отложение фибрина, ретроплацентарная гематома, инфаркт, тромбоз фетальных артерий. Патогенез, морфологические особенности.

### 3. Ситуационные задачи.

#### Ситуационные задачи «Неонатология»

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

Н	-	001
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик родился от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 28 лет. Наблюдалась по беременности с 8 недель, токсикоз первой половины беременности. У беременной общеравномерно суженный таз II степени. Предполагаемая масса плода 4200 г. Проведено плановое кесарево сечение. Масса при рождении 4100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 30 минут после рождения появилась одышка до 74 дыханий в минуту, втяжение податливых мест грудной клетки, экспираторное «хрюканье». При дыхании воздухом цианоз. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шум не выслушивается. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Меконий отходил. Не мочился.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Транзиторное тахипноэ новорожденных. «Крупновесный» для срока ребенок.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный

P0	-	Ответ дан неверно
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз транзиторного тахипноэ установлен на основании данных анамнеза (роды в сроке 40 недель путем планового кесарева сечения), клинической картины (появление одышки через 30 минут после рождения, втяжение «податливых» мест грудной клетки, цианоз при дыхании воздухом, мужской пол).</p> <p>Диагноз «крупновесного» для срока ребенка поставлен на основании того, что масса ребенка избыточна для его гестационного возраста (выше 90% центиля).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно. Учтены данные анамнеза, клинической картины, антропометрические данные.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Отсутствует обоснование диагноза «крупновесный» к сроку ребенок.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте план обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: рентгенография органов грудной клетки, клинический анализ крови, определение уровня С-реактивного белка, контроль уровня гликемии, контроль кислотно-основного состояния и газов крови, гипероксическая проба.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Ранний неонатальный сепсис, врожденная пневмония, врожденные пороки сердца, неонатальная аспирация мекония, полицитемия новорожденного.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Укажите цель респираторной поддержки и методы респираторной поддержки при транзиторном тахипноэ новорожденных.
Э	-	<p>Цель респираторной поддержки: поддержание адекватного газообмена и оксигенации тканей, целевое значение – SpO<sub>2</sub> – 91 – 95%.</p> <p>В качестве стартового метода респираторной поддержки рекомендуется оксигенотерапия, которая может проводиться с использованием различных устройств для дотации кислорода (маска, назальные канюли, кислородная палатка). Если на этом фоне положительная динамика отсутствует, показано использование методики назального СРАР. Если при проведении nCPAP имеются</p>

		клинико-лабораторные признаки прогрессирования дыхательной недостаточности, необходимо проведение искусственной вентиляции легких.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мальчик родился от 2 беременности, 2 родов. Возраст матери – 30 лет. Ребенок от 1 беременности в сроке 38 недель, 1 родов с массой при рождении 2 900 г умер на 4 – й час жизни (диагноз: врожденная пневмония).</p> <p>В течение настоящей беременности наблюдался вагинит. В 36 недель бактериурия (стрептококк группы В). Роды 2, в сроке 38 недель, через естественные родовые пути. Антибактериальная профилактика в родах не была проведена. Масса при рождении 2 900 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 4 часа после рождения состояние ухудшается: появляется одышка до 84 дыханий в минуту, «стонущее» дыхание, нарастает дыхательная недостаточность, снижение уровня гликемии до 2,0 ммоль/л. СРБ – 19 мг/л (4 часа жизни), в динамике СРБ – 50 мг/л (9 часов жизни) на фоне антибактериальной терапии. Нейтрофильный индекс 0,3.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Ранний неонатальный сепсис, обусловленный стрептококком группы В.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз «ранний неонатальный сепсис, обусловленный стрептококком группы В» подтверждают следующие данные:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнез (ребенок от предыдущих родов умер через 4 после рождения, диагноз «врожденная пневмония»);</li> <li>- особенности течения беременности (вагинит; бактериурия, обусловленная стрептококком группы В, в 36 недель беременности);</li> <li>- особенности ведения родов (отсутствие антибактериальной профилактики);</li> <li>- особенности клинического течения (ухудшение состояния через 4 часа после рождения, нарастание дыхательной недостаточности, гипогликемия);</li> <li>- нарастание системной воспалительной реакции (СРБ, нейтрофильного индекса).</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно. Учтены данные анамнеза, клинической картины, лабораторные данные.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Отсутствует обоснование нозологической формы. Не уточнен этиологический фактор.

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Осуществите выбор антибактериальной терапии.
Э	-	ампициллин и гентамицин внутривенно
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Изложите принципы профилактики раннего неонатального сепсиса, вызванного стрептококком группы В.
Э	-	Обследование всех беременных женщин в сроке 35 – 37 недель на носительство (вагинально-ректальное) стрептококка группы В. Носительницам стрептококка группы В должна быть назначена антибактериальная профилактика в родах не позднее чем за 4 часа до извлечения ребенка.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Укажите план маршрутизации новорожденного с данной патологией.
Э	-	Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных в структуре перинатального центра или педиатрического стационара.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 22 лет. Наблюдалась по беременности с 8 недель, токсикоз первой половины беременности. Роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 800 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди была приложена в родильном зале. Сосала активно. Вскармливание исключительно грудное. На 3-е сутки жизни масса тела 3 500 г. Во время осмотра на подгузнике обнаружены пятна кирпично-красного цвета.
B	1	Ваше заключение?
Э	-	Новорожденная девочка. Период адаптации. Мочекислый инфаркт. Транзиторная потеря первоначальной массы тела 7,8%.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	2	Обоснуйте происхождение описанных состояний.
Э	-	Причина мочекишечного инфаркта и образования инфарктной мочи катаболическая направленность обмена веществ и распад большого количества клеток; конечным продуктом является мочевая кислота. Транзиторная потеря первоначальной массы обусловлена катаболической направленностью обмена, дефицитом получаемого молока в первые дни жизни.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Ваши рекомендации по вскармливанию ребенка.
Э	-	Продолжить исключительно грудное вскармливание. Рекомендовано частое прикладывание к груди.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Возможна ли вакцинация против туберкулеза?
Э	-	Вакцинация против туберкулеза ребенку следует проводить на 3-е сутки жизни. Противопоказаний нет.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Укажите маршрутизацию ребенка в описанной ситуации.
Э	-	Ребенок может быть выписан домой под наблюдение участкового педиатра.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	004
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик родился от 4 беременности, 2 родов. Возраст матери – 28 лет. Наблюдение по беременности в женской консультации с 9 недель беременности. Женщина страдает ожирением II степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: 1 беременность – роды путем кесарева сечения в сроке 40 недель; 2 беременность – выкидыш в 9 недель; 3 беременность – выкидыш в 11 недель; 4 беременность – настоящая. Во время беременности табакокурение (10 -12 сигарет в день), патологическая прибавка в массе (20 кг). Роды путем кесарева сечения в сроке 39 недель. Масса при рождении – 1980 г, длина тела – 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С 1-х суток жизни отмечается гипервозбудимость, резко выраженная гиперемия кожи. В клиническом анализе крови Нб – 270 г /л. Нт венозной крови –0,72. Через 6 часов после рождения уровень гликемии 1,7 ммоль/л.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Поражение плода, обусловленное употреблением табака матерью. Замедленный рост плода. Полицитемия новорожденного. Неонатальная гипогликемия.
P2	-	Поражение плода, обусловленное употреблением табака матерью. Замедленный рост плода. Полицитемия новорожденного. Неонатальная гипогликемия.
P1	-	В формулировке отсутствует один из диагнозов.
P0	-	Диагноз сформулирован неправильно.
В	2	Какие факторы способствовали развитию заболевания?
Э	-	Табакокурение во время беременности (10 – 12 сигарет в день), ожирение II степени.
P2	-	Табакокурение во время беременности (10 – 12 сигарет в день), ожирение II степени. Факторы риска указаны верно.
P1	-	Не указан один фактор риска.
P0	-	Фактор риска указан неверно.
В	3	Осуществите выбор тактики в отношении вакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ-М (в родильном доме):
Э	-	Противопоказана. Противопоказанием для вакцинации вакциной БЦЖ-М является масса тела при рождении менее 2 000 г.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Укажите лечебную тактику в отношении полицитемии новорожденного:
Э	-	Показана частичная обменная трансфузия (цель – достижение Ht венозной крови 0,50 – 0,55). Показанием для частичной обменной трансфузии является симптоматическая полицитемия и повышение Ht венозной крови более 0,7.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Укажите тактику ведения пациента с гипогликемией 1,7 ммоль/л.
Э	-	1-й подход. Раствор глюкозы начинают вводить из расчета 0,4 – 0,8 г/кг (4 – 8 мл 10% раствора глюкозы на кг массы тела со скоростью 1 мл/мин. Затем следует назначить постоянную внутривенную инфузию глюкозы со скоростью 2,4 – 4,6 мл/кг (4 – 8 мг/кг/мин) 10% раствором глюкозы. 2-й подход. Начать постоянную инфузию глюкозы 6 – 8 мг/кг/мин. Контроль уровня гликемии через 30 минут. Дальнейшая тактика определяется уровнем гликемии.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	005

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась по беременности с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца АВ(IV) Rh+положительный Ребенок родился в сроке 39 недель, роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-фактор ребенка В(III) Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л. Почасовой прирост составил 8,3 мкмоль/л/час.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	АВО-изоиммунизация плода и новорожденного.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Тактика ведения новорожденного.
Э	-	Необходимо продолжить фототерапию и начать внутривенное введение иммуноглобулина стандартного (поливалентного) человеческого в дозе 0,5 – 1 г/кг. Начать подготовку к заменному переливанию крови. Контроль уровня общего билирубина через 3 часа. Если почасовой прирост билирубина > 6,8 мкмоль/л/час, необходимо стандартное заменное переливание крови.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Укажите необходимый объем компонентов крови для ОЗПК в данном клиническом случае и соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежзамороженной плазмы.
Э	-	2 ОЦК= 180мл/кг = 594 мл; соотношение эритроцитарной массы/взвеси и свежзамороженной плазмы 2 : 1.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какова тактика в отношении вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе?
Э	-	Вскармливание грудным молоком.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Укажите маршрутизацию ребенка с изоиммунизацией по АВО-системе, потребовавшего ОЗПК.
Э	-	Перевод в отделение патологии новорожденных педиатрического

		стационара (перинатального центра).
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	006
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Анамнез:  Мать – 28 лет, на учете по беременности состояла с 12 недель беременности.  Беременность 3-я, предыдущие беременности закончились медабортами по желанию женщины.  В возрасте 25 лет выявлено заболевание сифилисом, прошла курс лечения, в дальнейшем в кожно-венерологическом диспансере не наблюдалась. Во время беременности – RW – отрицательно троекратно, курса профилактического лечения сифилиса не проводилось. Мать – курит. Во время беременности – бактериальный вагиноз, местное лечение – неэффективно.  Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 10 час, околоплодные воды зеленые, задние воды – с меконием.  При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3040 г, рост – 49 см, окр головы 36 см, окружность груди – 34 см.  Кожные покровы розовые, родовой смазки мало, на стопах – по 1 элементу, напоминающему вскрывшиеся пузыри, кожа вокруг не изменена, симптом Никольского отрицательный, пальпация стоп – безболезненна.  Через 3 часа после рождения появляются признаки дыхательной недостаточности – частота дыханий – 65 в минуту, отмечается умеренное втяжение межреберных промежутков, аускультативно – рассеянные разнокалиберные хрипы, в базальных отделах – крепитация. Sat O2 – 92%, при дыхании смесью, обогащенной кислородом до 40% - Sat O2 – 96%</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Внутриутробная инфекция. Ранний врожденный сифилис. Сифилитическая пузырьчатка новорожденных. Врожденная пневмония.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	План обследования?
Э	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, серологическое обследование на сифилис – ИФА. РПГА, РИФ, РИБТ, рентгенограмма легких, трубчатых костей, осмотр: невролога, оториноларинголога, окулиста.

P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Куда должен быть направлен ребенок после выписки из родильного дома?
Э	-	Только отделение второго этапа выхаживания новорожденных
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Каким антибактериальным препаратам необходимо отдать предпочтение?
Э	-	Бензилпенициллина натриевая или новокаиновая соль, ампициллин, цефтиаксон
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	В каком учреждении должно быть проведено полное обследование?
Э	-	В отделении второго этапа выхаживания новорожденных
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	007
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Анамнез: мать – 25 лет, в браке, беременность 3-я роды 1. Предыдущие беременности закончились медицинскими абортами на ранних сроках по желанию женщины. Во время данной беременности – на учете с 8 недель беременности, обследована. 3-й тест на сифилис – положительный, получила курс лечения Бензилпенициллином после 33-й недели беременности. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 10 час, околоплодные воды светлые. При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 34 см.
В	1	Диагноз?
Э	-	Профилактическое лечение сифилиса.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	2	Нуждается ли ребенок в проведении специфической терапии?
Э	-	Обязательно
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Каким антибактериальным препаратам необходимо отдать предпочтение?
Э	-	Бензилпенициллина натриевая или новокаиновая соль, ампициллин, цефтиаксон
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	План обследования?
Э	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, серологическое обследование на сифилис – ИФА, РПГА, РИФ, РИБТ, рентгенограмма легких, трубчатых костей, осмотр: невролога, оториноларинголога, окулиста.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Продолжительность курса лечения?
Э	-	10 дней
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	008
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Анамнез: мать – 25 лет, в браке, беременность 3-я роды 1. Предыдущие беременности закончились медицинскими абортами на ранних сроках по желанию женщины. Во время данной беременности – на учете не состояла, не обследована. В родильном доме: тест на сифилис – положительный, курса лечения Бензилпенициллином не получила. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 10 час, околоплодные воды светлые. При рождении – оценка по Апгар – 8/9 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 34 см. Период острой респираторной и метаболической адаптации – протекал гладко, без патологических проявлений
В	1	Диагноз?

Э	-	Скрытый врожденный сифилис.
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Нуждается ли ребенок в проведении специфической терапии?
Э	-	Обязательно
P2	-	Обязательно
P1	-	В зависимости от результатов обследования
P0	-	Не нуждается
В	3	Каким антибактериальным препаратам необходимо отдать предпочтение?
Э	-	Бензилпенициллина натриевая или новокаиновая соль, ампициллин, цефтриаксон
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	План обследования?
Э	-	Клинический анализ крови, общий анализ мочи, серологическое обследование на сифилис – ИФА, РПГА, РИФ, РИБТ, рентгенограмма легких, трубчатых костей, осмотр: невролога, оториноларинголога, окулиста.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Продолжительность курса лечения?
Э	-	20 дней
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	009
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Анамнез: Беременная женщина 27 лет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдалась совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и в женской консультации по месту жительства, получала антиретровирусную терапию. В родах - Невирапин (вирамун) - 1 таблетка (0,2 грамма препарата) перорально однократно с началом родовой деятельности. Роды – срочные, продолжительность – I период – 8 ч 45 мин, II период – 15 мин, безводный промежуток – 5 часов, околоплодные воды светлые.

		При рождении – оценка по Апгар – 7/8 баллов, масса – 3740 г, рост – 50 см, окр головы 36 см, окружность груди – 35 см Состояние с рождения расценено как удовлетворительное. Период респираторной адаптации протекал гладко.
В	1	Какие нарушения тактики ведения родов можно отметить?
Э	-	Никаких - во время родов нежелателен длительный безводный период (более 4 часов), так как увеличивается риск инфицирования ребенка. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Нуждается ли ребенок в проведении антиретровирусной терапии?
Э	-	Обязательно
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Если нуждается, какая комбинация препаратов применяется?
Э	-	Невирапин+азидотимидин+эпивир
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Как в данном случае назначается грудное вскармливание?
Э	-	Грудное вскармливание противопоказано
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, может сниматься с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции в возрасте 18 месяцев при условии:
Э	-	отрицательного результата исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА + отсутствия клинических проявлений ВИЧ-инфекции + отсутствия гипогаммаглобулинемии
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	010
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>

<b>ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>		
У	-	Беременная женщина 26 лет, беременность 4, роды предстоят 1, предыдущие беременности закончились самопроизвольным прерыванием беременности на разных сроках. По поводу данной беременности наблюдается с 8 недели, вредных привычек нет, страдает хроническим пиелонефритом, тонзиллитом, протекала с угрозой прерывания с 21 недели, находилась на стационарном лечении 4 недели. При поступлении – срок беременности 25 нед и 5 дней, тянущие боли внизу живота, амниотест – положительный, цервикометрия – 14 мм, шейка проходима для 1 пальца. Какой должна быть тактика акушеров для достижения оптимального результата?
В	1	В учреждении какого уровня должно происходить родоразрешение?
Э	-	В условиях перинатального центра (3-й уровень) или в учреждении 2-го уровня, имеющем опыт работы с новорожденными с ЭНМТ
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Показано ли в данном случае проведение курса токолитической терапии?
Э	-	Обязательно, для обеспечения временного промежутка для развития эффекта кортикостероидов и возможной транспортировки в учреждение, соответствующего уровня
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Есть ли необходимость в назначения сульфата магния и какова цель его назначения?
Э	-	Назначение сульфата магния целесообразно, так как при угрозе преждевременных родов он снижает частоту развития детского церебрального паралича
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какова тактика назначения кортикостероидов в данном случае?
Э	-	Могут быть использованы две альтернативные схемы пренатальной профилактики РДС: Бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс Дексаметазон – 6 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	5	Показано ли проведение антибактериальной терапии в данном случае?
Э	-	Необходимо с учетом указаний на отхождение околоплодных вод, необходимо избегать назначения цефалоспоринов III поколения и амоксициллина/клавулоната
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	011
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Беременная женщина 26 лет, беременность 4, роды 1, срок беременности 34 нед 4 дня, предыдущие беременности закончились самопроизвольным прерыванием беременности на разных сроках. По поводу данной беременности наблюдается с 8 недели, вредных привычек нет, страдает хроническим пиелонефритом, тонзиллитом протекала с угрозой прерывания, с 30 недели беременности – преэклампсия средней тяжести, получала плановую гипотензивную терапию, магниезальную терапию. Несмотря на проводимое лечение артериальная гипертензия плохо управляемая, в течение последних 5 дней появились выраженные отеки, АД сохраняется на уровне и 150/100 - 160/110, в моче – белок 2 г/л, по результатам проведенного КТГ мониторинга – показатель состояния плода 1,77 (начальные нарушения состояния плода). Допплеровское исследование – патологии не выявлено</p> <p>Родовой деятельности нет. Принято решение о родоразрешении путем операции Кесарева сечения.</p> <p>Операция без технических трудностей, ребенок извлечен на 5 мин наркоза, 4 минуте операции, околоплодные воды =- светлые. Крик над операционной раной, по Апгар – 7/8 баллов, масса – 2000 г, рост 44 см.</p> <p>Состояние с момента рождения расценивалось, как удовлетворительное.</p> <p>В течение часа после рождения – ухудшение состояния – одышка с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД – 65 в мин, Sat O<sub>2</sub>-90%</p>
В	1	Предварительный диагноз?
Э	-	РДСН, врожденная пневмония?
P2	-	РДСН, врожденная пневмония?
P1	-	РДСН
P0	-	врожденная пневмония
В	2	Предполагаемый план обследования
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом нейтрофильного индекса, определения уровня глюкозы крови, КОС, С-реактивный белок, рентгенограмма органов грудной клетки, микробиологический посев крови

P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Дифференциальный диагноз с какими состояниями и заболеваниями необходимо проводить?
Э	-	Транзиторное тахипноэ новорожденных. Ранний неонатальный сепсис, врожденная пневмония. Синдром утечки воздуха, пневмоторакс, Персистирующая легочная гипертензия новорожденных. Аплазия/гипоплазия легких. Врожденная диафрагмальная грыжа.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какой метод респираторной поддержки оптимален в данной клинической ситуации?
Э	-	Метод СРАР, оптимально – назальный
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Возможно ли в данном случае применение сурфактанта?
Э	-	Применение сурфактанта показано с учетом нарастания проявлений дыхательной недостаточности. Оптимально применение стратегии «insurge» в сочетании с СРАР
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	012
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Беременность 5 , роды 1 на сроке 27 нед + 3 дня. На учете по беременности с 8 нед. Предыдущие беременности закончились: 2 медицинских аборта на ранних сроках, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 замершая беременность на сроке 15 нед. Роды – I период – 5 часов 15 мин, II период – 5 мин, безводный промежуток – 15 часов, воды светлые. Профилактика РДС неполная – 1 инъекция дексаметазона. Крик после тактильной стимуляции, короткий, тихий. Sat – 60% в конце первой минуты, 70% - в конце 3 минуты, 80% - в конце 5 минуты, проводится ИВЛ маской с Fi O <sub>2</sub> – 40%. Применение кислородно-воздушной смеси - к 10 минуте жизни Sat O <sub>2</sub> -94%/ , ЧСС >100, аускультативно – дыхание проводится неравномерно, выслушиваются крепитирующие хрипы в базальных отделах, дыхание нерегулярное, отмечается незначительное втяжение межреберий, без кислородной поддержки – цианоз разлитой, принято

		решение – на 20 минуте интубация трахеи, введение сурфактанта в дозе 200 мг/кг, начало респираторной поддержки в режиме СРАР.
В	1	Диагноз?
Э	-	РДСН. Недоношенность 27 недель.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Были ли допущены ошибки при выборе способа респираторной поддержки?
Э	-	Выбор – не оптимален, необходимо было начать продленное раздувание легких, затем – назальный СРАР, неинвазивный способ введения сурфактанта
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	При проведении респираторной поддержки в режиме СРАР необходимо контролировать газовый состав крови. Какие пределы необходимо использовать как ориентир?
Э	-	PaO <sub>2</sub> на уровне 50-70 мм. рт. ст. SpO <sub>2</sub> — 91 - 95% , PaCO <sub>2</sub> — 45 - 60 мм. рт. ст. pH — 7,22 - 7,4.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Предполагаемый план обследования
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом нейтрофильного индекса, определения уровня глюкозы крови, КОС, С-реактивный белок, рентгенограмма органов грудной клетки, микробиологический посев крови
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	В данном случае – какие критерии будут свидетельствовать о неэффективности респираторной поддержки методом СРАР?
Э	-	Брадикардия, нарастание степени тяжести дыхательных нарушений в динамике в течение первых 10-15 минут жизни на фоне СРАР: выраженное участие вспомогательной мускулатуры, потребность в дополнительной оксигенации (FiO <sub>2</sub> > 0,5).
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	013
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Беременность 5 , роды 1 на сроке 27 нед + 3 дня. На учете по беременности с 8 нед. Предыдущие беременности закончились: 2 медицинских аборта на ранних сроках, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 замершая беременность на сроке 15 нед.</p> <p>Роды – I период – 5 часов 15 мин, II период – 5 мин, безводный промежуток – 15 часов, воды светлые. Профилактика РДС неполная – 1 инъекция дексаметазона.</p> <p>Крик после тактильной стимуляции, короткий, тихий. Sat – 60% в конце первой минуты, 70% - в конце 3 минуты, 80% - в конце 5 минуты, проводится ИВЛ маской с Fi O<sub>2</sub> – 0,4, Применение кислородно-воздушной смеси - к 10 минуте жизни Sat O<sub>2</sub>-94% , ЧСС &gt;100, аускультативно – дыхание проводится неравномерно, выслушиваются крепитирующие хрипы в базальных отделах, дыхание нерегулярное, отмечается незначительное втяжение межреберий, без кислородной поддержки – цианоз разлитой, принято решение – на 20 минуте интубация трахеи, введение сурфактанта в дозе 200 мг/кг, начало респираторной поддержки в режиме СРАР. Через 3 часа после рождения – оценка по Сильверману – 5 б, сохраняется цианоз при дыхании с Fi O<sub>2</sub> – 0,5, PaO<sub>2</sub> - 45 мм. рт. ст. SpO<sub>2</sub> — 90% , PaCO<sub>2</sub> — 65 мм. рт. ст. pH — 7,22 - 7,4.</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	РДСН тяжелой степени. Недоношенность 27 недель.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли коррекция терапии?
Э	-	У ребенка имеются показания для перевода на инвазивную ИВЛ и повторное введение сурфактанта в дозе 200 мг/кг
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	При проведении респираторной поддержки необходимо контролировать газовый состав крови. Какие пределы необходимо использовать как ориентир?
Э	-	PaO <sub>2</sub> на уровне 50-70 мм. рт. ст. SpO <sub>2</sub> — 91 - 95% , PaCO <sub>2</sub> — 45 - 60 мм. рт. ст. pH — 7,22 - 7,4.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Предполагаемый план обследования
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом нейтрофильного индекса, определения уровня глюкозы крови, КОС, С-реактивный белок, рентгенограмма органов грудной клетки, микробиологический посев крови
P2	-	Дан полный развернутый ответ

P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Как один из вариантов развития синдрома утечки воздуха, чаще всего встречается пневмоторакс. На какие симптомы необходимо обращать внимание?
Э	-	Плевропульмональный шок и гемодинамический коллапс (артериальная гипотензия и брадикардия) Респираторный дистресс (тахипное, цианоз, втяжение уступчивых мест грудной клетки) Сниженное проведение дыхания на пораженной стороне Асимметрия грудной клетки (выбухание на стороне пневмоторакса) Коробочный перкуторный звук Смещение тонов сердца в здоровую сторону Вздутие живота
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	014
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Беременность 5 , роды 1 на сроке 27 нед + 3 дня. на учете по беременности с 8 нед. предыдущие беременности закончились: 2 медицинских аборта на ранних сроках, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 замершая беременность на сроке 15 нед. роды – I период – 5 часов 15 мин, II период – 5 мин, безводный промежуток – 15 часов, воды светлые. Масса при рождении 980 г, рост – 38 см, профилактика РДС неполная – 1 инъекция дексаметазона. крик после тактильной стимуляции, короткий, тихий. Sat – 60% в конце первой минуты, 70% - в конце 3 минуты, 80% - в конце 5 минуты, проводится ИВЛ маской с Fi O <sub>2</sub> – 0.4, применение кислородно-воздушной смеси - к 10 минуте жизни Sat O <sub>2</sub> -94% , ЧСС >100, аускультативно – дыхание проводится неравномерно, выслушиваются крепитирующие хрипы в базальных отделах, дыхание нерегулярное, отмечается незначительное втяжение межреберий, без кислородной поддержки – цианоз разлитой, принято решение – на 20 минуте интубация трахеи, введение сурфактанта в дозе 200 мг/кг, начало респираторной поддержки в режиме СРАР. через 3 часа после рождения – оценка по Сильверману – 5 б, сохраняется цианоз при дыхании с Fi O <sub>2</sub> – 0,5, PaO <sub>2</sub> - 45 мм. рт. ст. SpO <sub>2</sub> — 90% , PaCO <sub>2</sub> — 65 мм. рт. ст. pH — 7,22 - 7,4. Переведен на ИВЛ в режиме SIMV, по газам крови – компенсирован, в течение 2-х суток гемодинамика стабильна, на рентгенограмме легких - диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма). В настоящее время P <sub>ip</sub> - 16 смH <sub>2</sub> O; FiO <sub>2</sub> ≤ 0,3

В	1	Диагноз?
Э	-	РДСН тяжелой степени. Недоношенность 27 недель.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли коррекция терапии?
Э	-	У ребенка имеются показания для перевода СРАР с дальнейшей экстубацией при условии наличия регулярного самостоятельного дыхания. Газовый состав крови перед экстубацией должен быть удовлетворительным
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	При проведении респираторной поддержки необходимо контролировать газовый состав крови. Какие пределы необходимо использовать как ориентир?
Э	-	PaO <sub>2</sub> на уровне 50-70 мм. рт. ст. SpO <sub>2</sub> — 91 - 95% , PaCO <sub>2</sub> — 45 - 60 мм. рт. ст. pH — 7,22 - 7,4.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Предполагаемый план дальнейшего наблюдения?
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом нейтрофильного индекса, определения уровня глюкозы крови, КОС, С-реактивный белок, рентгенограмма органов грудной клетки, микробиологический посев крови
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Как один из вариантов развития синдрома утечки воздуха, чаще всего встречается пневмоторакс. На какие симптомы необходимо обращать внимание?
Э	-	Плевропульмональный шок и гемодинамический коллапс (артериальная гипотензия и брадикардия) Респираторный дистресс (тахипное, цианоз, втяжение уступчивых мест грудной клетки) Сниженное проведение дыхания на пораженной стороне Асимметрия грудной клетки (выбухание на стороне пневмоторакса) Коробочный перкуторный звук Смещение тонов сердца в здоровую сторону Вздутие живота
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

Н	-	015
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. Во время беременности выявлено нарушение толерантности к глюкозе, проведена коррекция диеты. С 34 недели – гипертензия беременных. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция.</p> <p>При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9, крик сразу, громкий. Масса – 3980 рост 54 см, к груди приложен в родзале, сосал активно.</p> <p>Возраст 36 часов: масса 3780 – сосет вяло, появился мелкоразмашистый тремор конечностей, отмечено появление апноэ – задержки дыхания на 20-25 сек с появлением цианоза, примерно 2 раза в час, выходит из этого состояния самостоятельно. При осмотре – реакция раздраженная, при беспокойстве выражен мелкоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа ярко-розовая, на лице и груди - иктеричная, с-м «белого пятна» - 1 сек, тоны сердца приглушены ЧСС – 146 ударов в мин, дыхание проводится неравномерно, выслушивается небольшое количество мелкопузырчатых хрипов, ЧД – 58 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика вялая, доступен глубокой пальпации, печень, селезенка не увеличены. Стул – переходный, мочится достаточно.</p> <p>Лабораторные данные:  Кл.ан.крови – Hb- 246 g/l? Ht – 0,7, RBC – <math>5.5 \cdot 10^{12}</math>, WBC – <math>22 \cdot 10^9</math>, п/я – 12 с/я-40, лим – 40, мон – 8; ГЛК крови – 2,5 ммоль/л, о. билирубин – 200 мкмоль/л</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Полицитемия новорожденных, гипогликемия
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Частичная обменная трансфузия, коррекция гипогликемии
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Частичной обменной трансфузии – какие показатели гематокрита можно считать целевыми?
Э	-	50-60%
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	4	Возможное неблагоприятное развитие заболевания при отсутствии адекватного лечения
Э	-	Кардиомегалия, вазоспазм, периферическая гангрена. Спонтанная перфорация кишки. Некротизирующий энтероколит. Протеинурия. Гематурия. Тромбоз почечных вен. Острая почечная недостаточность. Приапизм (за счет сладжирования эритроцитов). Инфаркт яичка. Гиперкоагуляция с развитием ДВС-синдрома
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какой раствор следует выбрать как плазмозамещающий при проведении частичной обменной трансфузии? Каков объем одного замещения?
Э	-	Физиологический раствор (раствор NaCl 0,9%), не более 5 мл/кг
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	016
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. С 34 недели – гипертензия беременных. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция. При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9, крик сразу, громкий. Масса – 3280 рост 54 см, к груди приложен в родзале, сосал активно. Возраст 36 часов: масса 3080 – после кормления срыгнул с кровью. При осмотре – реакция раздраженная, при беспокойстве выражен мелкокоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, с-м «белого пятна» - 2-3 сек, тоны сердца приглушены ЧСС – 146 ударов в мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика вялая, доступен глубокой пальпации, печень, селезенка не увеличены. Стул – переходный, мочится достаточно. Лабораторные данные: Кл.ан.крови – Нb-190г/л. Ht – 0,55, RBC – $3,5 \cdot 10^{12}$ , WBC – $22 \cdot 10^9$ , п/я – 12 с/я-40, лим – 40, мон – 8; тромб. – $250 \cdot 10^9$ ГЛК крови – 2,7ммоль/л, о. билирубин – 200 мкмоль/л
В	1	Диагноз?
Э	-	Геморрагическая болезнь новорожденных классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение. Задержка внутриутробного

		развития. Синдром проглоченной крови?
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Да. При отсутствии витамина К – менадион в/мышечно в дозе 1-1,5 мг/кг/сут, трансфузия свежзамороженной плазмы 10-15 мл/кг
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	3	Нуждался ли этот ребенок в проведении профилактики геморрагической болезни при рождении?
Э	-	Да, ребенок перенес хроническую внутриутробную гипоксию, имеются проявления задержки внутриутробного развития.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Какова тактика профилактики геморрагической болезни новорожденного?
Э	-	Внутримышечное введение 1% раствора Менадиона натрия бисульфита., в первые часы после рождения, однократно, из расчета 1 мг/кг (0,1 мл/кг), но не более 0,4 мл
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Какие еще исследования необходимо провести данному ребенку?
Э	-	Общий анализ крови с определением тромбоцитов; Коагулограмма: фибриноген, протромбиновое время (или протромбиновый индекс (ПТИ) или международное нормализованное отношение (МНО)), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников; Нейросонография (НСГ).
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	017
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. Во время

		<p>беременности выявлено нарушение толерантности к глюкозе, проведена коррекция диеты. С 34 недели – гипертензия беременных. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция.</p> <p>При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9, крик сразу, громкий. Масса – 3780 рост 54 см, к груди приложен в родзале, сосал активно.</p> <p>Возраст 7 суток: сосет хорошо, восстановил вес при рождении. При осмотре – реакция адекватная, крик эмоциональный, при беспокойстве выражен мелкокоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, с-м «белого пятна» - 2сек, тоны сердца звучные ЧСС – 136 ударов в мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика выслушивается, доступен глубокой пальпации, печень, селезенка не увеличены. Пупочная ранка – средних размеров, мягкие ткани вокруг ранки – отечные, слабо гиперемированные, из ранки постоянно в умеренном количестве – сукровичное отделяемое. При пальпации – пальпируется тяж над пупочной ранкой, при пальпации в дне ранки появляется белесоватое отделяемое. Стул – переходный, мочится достаточно.</p> <p>Лабораторные данные:  Кл.ан.крови – Hb-190г/л. Ht – 0,55, RBC – <math>3,5 \cdot 10^{12}</math>, WBC – <math>22 \cdot 10^9</math>, п/я – 12 с/я-40, лим – 40, мон – 8; тромб. – <math>250 \cdot 10^9</math> ГЛК крови – 2,7ммоль/л, о. билирубин – 220 мкмоль/л</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Гнойный омфалит. Флебит пупочной вены
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Да, с учетом наличия гнойного процесса – комбинация системных и местных антибиотиков. С учетом наиболее часто встречающегося возбудителя золотистого стафилококка
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Катаральный омфалит; фунгус пупка; свищи пупка; дефицит XIII фактора (фибринстабилизирующего) – как следствие, длительное заживление пупочной ранки.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Наиболее часто встречающиеся возбудители данного заболевания?
Э	-	золотистый стафилококк ( <i>S. aureus</i> )
P2	-	Дан полный развернутый ответ

P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
Э	-	Флегмонозная форма омфалита, некротическая форма омфалита, пемфигус новорожденных, пупочный сепсис, некротическая флегмона новорожденных.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	018
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени. Оценка по Апгар 7/9 баллов. Масса - 3870 г, рост – 52 см. Состояние с рождения – удовлетворительное. К груди приложен в родильном зале. Выписка из родильного дома на 4-й день жизни на грудном вскармливании. МУМТ – 6%. Вакцинирован. При выписке – пуповинный остаток сухой, в скобе. Рекомендации – советы по уходу и вскармливанию, пуповинный остаток не обрабатывать, в день отпадения пуповинного остатка не купать.</p> <p>6-й день жизни – отпадение пуповинного остатка, ранка обработана участковой медсестрой: перекись водорода- сухо – спирт</p> <p>8-й день жизни – признаков воспаления нет, из ранки постоянное прозрачное скудное отделяемое, обработка медсестрой</p> <p>9-й день жизни – без динамики.</p> <p>10 день жизни – консультация детского хирурга, <u>Диагноз - Полный свищ пупка исключен</u></p> <p>11 день – признаки воспаления вокруг пупочной ранки – неявная гиперемия, незначительный отек., отделяемое прозрачное в небольшом количестве – в условиях детской поликлиники начато лечение.</p> <p>Проведено лечение: H2O2 сухой стерильный шарик - высушить порошок Банеоцин – тонкий слой под стерильной салфеткой, Обработка 2-х кратная в течение суток Местно – УФО N3</p> <p>12 день - признаки воспаления значительно уменьшились</p> <p>14 день – исчезло отделяемое пупочной ранки</p> <p>Эпителизация на фоне проводимого лечения – на 3 месяце жизни</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Неполный свищ пупка.
P2	-	Дан правильный ответ

P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Да, с учетом наличия аномалии развития и состояния ребенка – комбинация антисептических средств и местных антибиотиков, в течение длительного времени. С учетом наиболее часто встречающегося возбудителя золотистого стафилококка
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз??
Э	-	Катаральный омфалит; фунгус пупка; полные свищи пупка; дефицит XIII фактора (фибринстабилизирующего) – как следствие, длительное заживление пупочной ранки.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Наиболее часто встречающиеся микроорганизмы, поддерживающие воспалительный процесс?
Э	-	золотистый стафилококк ( <i>S. aureus</i> )
P2	-	Дан правильный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
Э	-	Флегмонозная форма омфалита, некротическая форма омфалита, пемфигус новорожденных, пупочный сепсис, некротическая флегмона новорожденных.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	019
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция. Кольпит. Обострение хронического пиелонефрита. При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9, крик сразу, громкий. Масса – 3780 рост 54 см, к груди приложен в родзале, сосал активно.

		<p>Возраст 7 суток: сосет хорошо, восстановил вес при рождении. При осмотре – реакция адекватная, крик эмоциональный, при беспокойстве выражен мелкокоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, с-м «белого пятна» - 2сек, тоны сердца звучные ЧСС – 136 ударов в мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика выслушивается, доступен глубокой пальпации, печень, селезенка не увеличены. Пупочная ранка – средних размеров, мягкие ткани вокруг ранки – отечные, гиперемированные, из ранки постоянно в умеренном количестве – сукровичное отделяемое. При пальпации – пальпируется тяж над пупочной ранкой, при пальпации в дне ранки появляется белесоватое отделяемое. На передней брюшной стенке – напряженные пузыри Ø до 1 см с венчиком гиперемии, инфильтрированное основание, симптом Никольского – отрицательный, температура тела – 37,4°С.</p> <p>Стул – переходный, мочится достаточно.</p> <p>Лабораторные данные:  Кл.ан.крови – Нв-190 г/л. Нт – 0,55, RBC – 3,5*10<sup>12</sup>, WBC – 22*10<sup>9</sup>, п/я – 12 с/я-40, лим – 40, мон – 8; тромб. – 250*10<sup>9</sup> ГЛК крови – 2,7ммоль/л, о. билирубин – 220 мкмоль/л</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Пиодермия. Пемфигус новорожденных, доброкачественная форма
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Да– комбинация системных и местных антибиотиков. С учетом наиболее часто встречающегося возбудителя золотистого стафилококка. Вскармливание – материнским молоком
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Рожистое воспаление; злокачественный пемфигус, эксфолиативный дерматит Риттера, буллезный эпидермолиз
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Где проводится лечение?
Э	-	В специализированном отделении для новорожденных – изоляция, наблюдение медицинского персонала
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
Э	-	Сепсис, некротическая флегмона новорожденных.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	020
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция. Кольпит. Обострение хронического пиелонефрита.</p> <p>При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9, крик сразу, громкий. Масса – 3780 рост 54 см, к груди приложен в родзале, сосал активно.</p> <p>Возраст 7 суток: сосет очень вяло, весовая кривая убывающая, МУМТ – 10%. При осмотре – реакция раздраженная, крик громкий, при беспокойстве выражен мелкокоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, с-м «белого пятна» - 2сек, тоны сердца звучные ЧСС – 136 ударов в мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот вздут, перистальтика выслушивается, доступен глубокой пальпации, печень +2,5 см, селезенка не увеличена. Пупочная ранка – средних размеров, мягкие ткани вокруг ранки – отечные, гиперемированные, из ранки постоянно в умеренном количестве – сукровичное отделяемое. При пальпации – пальпируется тяж над пупочной ранкой, при пальпации в дне ранки появляется белесоватое отделяемое. На передней брюшной стенке – напряженные пузыри Ø до 3 см с венчиком гиперемии, инфильтрированное основание, симптом Никольского – положительный в некоторых местах, помимо пузырей – обширные эрозии температура тела – 38,7°С. На неповрежденных участках кожа сухая, складка расправляется медленно.</p> <p>Стул – с зеленью, слизью, неприятным запахом – частый, обильный, мочится достаточно.</p> <p>Лабораторные данные:  Кл.ан.крови – Нв-190 г/л. Нт – 0,55, RBC – <math>3,5 \cdot 10^{12}</math>, WBC – <math>22 \cdot 10^9</math>, п/я – 20 с/я-40, лим – 40, мон – 8; тромб. – <math>90 \cdot 10^9</math> ГЛК крови – 2,7ммоль/л, о. билирубин – 170 мкмоль/л</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Эксфолиативный дерматит Риттера. Энтероколит. Эксикоз I. Гнойный омфалит, флебит пупочной вены
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Да– комбинация системных и местных антибиотиков. С учетом наиболее часто встречающегося возбудителя золотистого стафилококка. Вскармливание – материнским молоком, инфузионная терапия, возможно – инотропная поддержка
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз??
Э	-	Рожистое воспаление; злокачественный пемфигус, буллезный эпидермолиз
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Где проводится лечение?
Э	-	В специализированном отделении для новорожденных – интенсивная терапия, изоляция, наблюдение медицинского персонала
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
Э	-	Сепсис, некротическая флегмона новорожденных.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	021
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция. Кольпит. Обострение хронического пиелонефрита.</p> <p>При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9, крик сразу, громкий. Масса – 3780 рост 54 см, к груди приложен в родзале, сосал активно.</p> <p>С рождения на теле обширные эрозии, образовавшиеся на ножках, ягодицах, спинке, груди вследствие отслойки больших пластов эпидермиса. Симптом Никольского - положительный</p> <p>Возраст 7 суток: сосет очень вяло, весовая кривая убывающая, МУМТ – 10%. При осмотре – реакция раздраженная, крик громкий,</p>

		<p>при беспокойстве выражен мелкокоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, с-м «белого пятна» - 2сек, тоны сердца звучные ЧСС – 136 ударов в мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот вздут, перистальтика выслушивается, доступен глубокой пальпации, печень +1,5 см, селезенка не увеличена. Пупочная ранка – средних размеров, На непораженных участках кожа обычной влажности, розовая.</p> <p>Стул – переходный, мочится достаточно.</p> <p>Лабораторные данные:  Кл.ан.крови – Hb-170 г/л. Ht – 0,52, RBC – <math>3,0 \cdot 10^{12}</math>, WBC – <math>22 \cdot 10^9</math>, п/я – 8 с/я-40, лим – 40, мон – 8; тромб. – <math>90 \cdot 10^9</math></p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Буллезный эпидермолиз, злокачественная форма
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	Специфической терапии нет. Необходимо проводить защиту и лечение бактериальных осложнений
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	сифилитической пузырчаткой, буллезной ихтиозиформной эритродермией, пиокковым пемфигоидом, синдромом Лайелла, эксфолиативным дерматитом Риттера
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Где проводится лечение?
Э	-	В специализированном отделении для новорожденных – интенсивная терапия, изоляция, наблюдение медицинского персонала
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какие заболевания, состояния развиваются при неадекватном лечении данного заболевания?
Э	-	Поздний сепсис новорожденных
P2	-	Поздний сепсис новорожденных
P1	-	Сепсис
P0	-	Злокачественная форма пузырчатки новорожденных

Н	-	022
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенный мальчик от 2-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете не состояла, в беременности не заинтересована. У матери определена группа крови А(II) Rh(-) – отр</p> <p>При рождении состояние тяжелое, Апгар 4/6 б, в родильном зале – первичная реанимация, в связи с сохраняющейся дыхательной недостаточностью произведена интубация трахеи, ребенок переведен на ИВЛ. Масса – 3780 рост 48 см, отмечены желтушно окрашенные околоплодные воды, оболочки пуповины, первородная смазка; наличие распространенных отеков, включающих анасарку, выраженная бледность кожи и видимых слизистых; очень слабо выраженная желтуха; гепатомегалия (печень+4,5 см) и спленомегалия (селезенка +2 см).</p> <p>Тоны сердца – глухие, ритмичные, ЧСС 108-110 в мин, дыхание на аппарате ИВЛ.</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Гемолитическая болезнь новорожденных по Rh-фактору тяжелое течение, отечная форма
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Требуется ли проведение лечения?
Э	-	адекватная интенсивная терапия, включающая раннее проведение частичного обменного переливания крови
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	неиммунная водянка плода; цитомегаловирусная инфекция, парвовирус В19, сифилис, токсоплазмоз;
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Техника проведения частичного ЗПК в данном случае?
Э	-	<p>Частичное ЗПК рекомендуется начать максимально в короткие сроки после рождения ребенка - не позднее 20 минут жизни. У наиболее тяжелых пациентов процедура проводится в родильном зале.</p> <p>Частичное ЗПК осуществляется с заменой 45-90 мл/кг крови ребенка на аналогичный объем эритроцитарной массы О (I) резус-отрицательной группы. Исходный уровень гемоглобина при этом у ребенка может не учитываться. Особенность - выведенный объем</p>

		крови замещается исключительно эритроцитарной массой. После стабилизации общего состояния ребенка, на которую может потребоваться от 1 до 12 часов, операция должна быть продолжена для замены крови ребенка на донорскую в объеме, эквивалентном 2ОЦК
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	План лечения?
Э	-	ИВЛ, стабилизация гемодинамики, коррекция метаболических нарушений, геморрагического синдрома, анемии, высокодозная фототерапия в постоянном режиме, введение внутривенного иммуноглобулина
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	023
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенная девочка от 1-й беременности 1-х срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – на учете с 8 нед, наблюдалась регулярно. Анемия легкой степени – медикаментозная коррекция. Кольпит. Обострение хронического пиелонефрита. При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 7/8, крик сразу, громкий. Масса – 2780 рост 49 см, к груди приложена в родзале, сосала активно. С первых дней жизни отмечается появление разлитого цианоза при нагрузке Возраст 4 суток: сосет очень вяло, весовая кривая убывающая, МУМТ – 10%. При осмотре – реакция раздраженная, крик короткий, при беспокойстве выражен мелкокоразмашистый тремор конечностей и подбородка, стойкий разлитой цианоз, выслушиваются шумы над всей поверхностью сердца, тоны сердца приглушены ЧСС – 160 ударов в мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 64 в мин, живот вздут, перистальтика выслушивается, доступен глубокой пальпации, печень +2,5 см, селезенка не увеличена. Пупочная ранка – средних размеров.
В	1	Диагноз?
Э	-	ВПС. Транспозиция магистральных сосудов с ДМЖП?
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Возможно ли проведение медикаментозного лечения?
Э	-	Необходимо провести коррекцию метаболического ацидоза, начать инфузию простагландина E1 для улучшения насыщения

		артериальной крови кислородом путем поддержания проходимости ОАП.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Врожденная пневмония, персистирующая легочная гипертензия, другой «синий» ВПС
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Как трактовать результаты гипероксического теста?
Э	-	Гипероксический тест может быть применен у новорожденных с ТМА для дифференциальной диагностики ВПС с заболеваниями легких, сопровождающихся цианозом. Последние могут быть заподозрены при условии повышения парциального напряжения кислорода в крови более 150 мм рт. ст. после 10-минутного вдыхания кислородно-воздушной смеси с FiO <sub>2</sub> 1,0.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Прогноз при данном заболевании?
Э	-	Наиболее благоприятный прогноз у пациентов с ТМА, ДМЖП, однако 70% из них не доживают до 5-летнего возраста
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	024
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Беременность 5 , роды 1 на сроке 27 нед + 3 дня. на учете по беременности с 8 нед. предыдущие беременности закончились: 2 медицинских аборта на ранних сроках, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 замершая беременность на сроке 15 нед. роды – I период – 5 часов 15 мин, II период – 5 мин, безводный промежуток – 15 часов, воды светлые. профилактика РДС неполная – 1 инъекция дексаметазона. Масса при рождении 980 г, рост – 38 см, крик после тактильной стимуляции, короткий, тихий. Sat – 60% в конце первой минуты, 70% - в конце 3 минуты, 80% - в конце 5 минуты, проводится ИВЛ маской с Fi O <sub>2</sub> – 0.4, применение кислородно-воздушной смеси - к 10 минуте жизни Sat O <sub>2</sub> -94%, ЧСС >100, аускультативно – дыхание проводится неравномерно, выслушиваются крепитирующие хрипы в

		<p>базальных отделах, дыхание нерегулярное, отмечается незначительное втяжение межреберий, без кислородной поддержки – цианоз разлитой, принято решение – на 20 минуте интубация трахеи, введение сурфактанта в дозе 200 мг/кг, начало респираторной поддержки в режиме СРАР.</p> <p>через 3 часа после рождения – оценка по Сильверману – 5 б, сохраняется цианоз при дыхании с <math>F_i O_2 - 0,5</math>, <math>P_aO_2 - 45</math> мм. рт. ст. <math>S_{pO_2} - 90\%</math>, <math>P_aCO_2 - 65</math> мм. рт. ст. <math>pH - 7,22 - 7,4</math>.</p> <p>Переведен на ИВЛ в режиме SIMV, по газам крови – компенсирован, поставлен пупочный катетер в течение 2-х суток гемодинамика стабильна, на рентгенограмме легких - диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полоски просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма).</p> <p>На 4-й день переведен на СРАР, гемодинамика стабильна, по газам крови - скомпенсирован</p> <p>Возраст – 6 дней, в настоящее время параметры респираторной поддержки - <math>P_{ip} - 16</math> смH<sub>2</sub>O; <math>F_iO_2 \leq 0,3</math></p> <p>Со второго дня жизни получает энтеральное питание через зонд – смесь для недоношенных Альфаре в объеме: 0,5 мл – стартовый объем, в настоящее время – по 2 мл – 8 раз в день.</p> <p>Резидуальный объем желудка – 1 мл, появилось вздутие живота, стул – скудный, со слизью, желтый</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	РДСН тяжелой степени. Недоношенность 27 недель. Предполагаемый НЭК
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Возможно ли продолжение энтерального питания?
Э	-	Энтеральное питание необходимо отменить
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Чем обусловлена необходимость раннего начала энтерального вскармливания?
Э	-	Раннее питание – «трофическое» - позволяет избежать атрофии и нарушения целостности слизистой оболочки ЖКТ, снижения активности пищеварительных ферментов и секреции гормонов, снижения толерантности к последующей пищевой нагрузке
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	При принятии решения о начале энтерального питания имелись ли у данного ребенка факторы риска?
Э	-	Масса при рождении 980 г

P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Какая техника вскармливания в данном случае является оптимальной?
Э	-	Оптимально – орогастральный зонд. Для детей с ОНМТ и ЭНМТ допустимыми являются как непрерывный, так и периодический режимы питания. Непрерывный и капельный периодический режимы являются способами улучшения переносимости энтерального питания в случаях, когда это необходимо
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	025
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенный мальчик от 3 беременности 2 срочных родов. В анамнезе – 1 медицинский аборт, 1 роды, ребенок – здоров. На учете по беременности 6 недели. Беременность протекала на фоне преэклампсии легкой степени с 33 по 38 неделю. На сроке 22 недели выявлено снижение толерантности к глюкозе, проводилась коррекция диеты, на этом фоне уровень глюкозы крови матери 5,6-6,4 ммоль/л.</p> <p>Роды на 39 неделе, I период 8час 15 мин, II период – 20 мин, безводный промежуток – 10час 20 мин, околоплодные воды – светлые.</p> <p>При рождении - оценка по Апгар7/8б, крик короткий. Масса – 4500 г, рост – 54 см, окружность головы – 36 см, окружность груди -39 см. обращает на себя внимание дисгармоничное строение – относительно короткие конечности, перераспределение подкожной жировой клетчатки – истончение на конечностях, накопление на животе.</p> <p>Через 30 мин после рождения уровень глюкозы – 2,4 ммоль/л, назначено питье 10% раствора глюкозы, через час после рождения – 1,5 ммоль/л, ребенок бледный, вялый, выражен тремор конечностей дыхание неритмичное, ЧД 48 в мин, ЧСС – 156 ударов в мин</p>
В	1	Диагноз?
Э	-	Диабетическая фетопатия. Гипогликемия. Транзиторное тахипноэ
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Необходимые неотложные меры по стабилизации состояния?
Э	-	Соблюдение тепловой защиты, введение растворов глюкозы– 2 мл/кг 10% раствора глюкозы струйно в течение 1 мин, затем капельно 6-8

		мг/кг/мин (3,6-4,8 мл/кг/ч) 10% раствора глюкозы. Если для поддержания гликемии необходимо вливать глюкозу со скоростью >15 мг/кг/мин, следует решать вопрос о назначении гидрокортизона 5-10 мг/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	План дальнейшего обследования?
Э	-	Контроль КОС, уровень глюкозы крови, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенограмма органов грудной клетки
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Были ли допущены ошибки при выборе тактики наблюдения и лечения в первый час жизни?
Э	-	Да. Необходим контроль КОС, нет указаний на контроль теплового режима, неадекватно проводилась коррекция гипогликемии в течение первого часа жизни
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	В случае неконтролируемой гипогликемии какие мероприятия необходимо провести?
Э	-	Если для поддержания гликемии необходимо увеличить скорость введения глюкозы >15 мг/кг/мин, следует решать вопрос о назначении гидрокортизона 5-10 мг/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	026
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный полновесный новорожденный от 1 беременности, протекавшей на фоне сочетанного гестоза средней степени, артериальной гипертензии, инфекции мочевыводящих путей, бактериального вагиноза. Роды 1 на сроке гестации 42 недели через естественные родовые пути в заднем виде затылочного вставления, слабость потуг, вакуум-экстракция плода. 1 период 10 ч 15 мин. 2 период 25 мин. Безводный промежуток 6 ч 35 мин, околоплодные воды светлые. Вес при рождении 4100г рост 55 см. При рождении атония, арефлексия, дыхательные движения отсутствуют, ЧСС 60 уд в мин, разлитой цианоз, реакции на тактильную стимуляцию нет, проведен продленный вдох с последующей ИВЛ через лицевую маску в течение 30 сек. На этом фоне самостоятельное дыхание отсутствует, ЧСС 80 уд в мин. В конце 1 мин дыхание отсутствует,

		ЧСС 80 уд в мин, атония, арефлексия. В конце 5 мин на фоне проводимых мероприятий ЧСС 130 в мин, дыхание типа «гасп», поза раскрытая, на манипуляции не реагирует, рефлекс с задней стенки глотки есть, зрачки широкие, реакции на свет нет, кожные покровы розовые, акроцианоз.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз
Э	-	Интранатальная асфиксия. Диагноз основан на клинических признаках кардиореспираторной и церебральной депрессии: отсутствие дыхания, брадикардия, атония, арефлексия.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз не обоснован
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Назовите факторы риска развития асфиксии
Э	-	гестоз (преэклампсия); - артериальная гипертензия; - клинические признаки инфекции у матери; - запаздывающие роды - аномалия родовой деятельности (слабость потуг) - инструментальные роды вакуум-экстракция
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный: более 3-5 факторов риска
P0	-	Ответ дан неверно – менее 3х факторов риска
В	3	Дайте оценку по шкале Апгар на 1 и на 5 мин. Обоснуйте ответ
Э	-	на 1 мин – ЧСС менее 100 уд в мин, что соответствует 1 баллу, дыхание отсутствует, что соответствует 0 баллов, мышечный тонус низкий – 0 баллов, рефлексы не определяются – 0 баллов, разлитой цианоз – 0 баллов. Оценка по шкале Апгар – 1 балл на 5 мин - ЧСС более 100 уд в мин, что соответствует 2 баллам, дыхание есть, типа гасп, что соответствует 1 баллу, мышечный тонус низкий – 0 баллов, рефлекс с ротоглотки есть – 1 балл, выраженный акроцианоз – 1 балл. Оценка по шкале Апгар – 5 баллов
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный и\или не обоснован
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Определите объем реанимационных мероприятий
Э	-	провести восстановление проходимости дыхательных путей, тактильную стимуляцию, придать положения телу; провести продленный вдох, провести ИВЛ через лицевую маску саморасправляющимся мешком Амбу в течение 30 сек. Т.к. сохраняется брадикардия менее 100 но более 60 в мин необходимо проверить правильность техники проведения ИВЛ и продолжить ИВЛ через лицевую маску в течение 30 сек. Если сохраняется брадикардия, необходимо выполнить интубацию и проводить ИВЛ через интубационную трубку до восстановления ЧСС и самостоятельного дыхания. Непрямой массаж сердца и введение медикаментов не показаны.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный и\или нарушена последовательность действий

P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Определите тактику дальнейшего лечения
Э	-	адекватная вентиляция поддержание адекватной гемодинамики тщательное управление жидкостной нагрузкой избегать колебаний уровня глюкозы коррекция метаболического ацидоза и уровня электролитов лечебная гипотермия в течение 72 часов предотвращение гипертермии лечение судорог.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	027
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Новорожденный от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности на сроке гестации 12/13, 17/18, 23/24, 27,28 недель (стац. лечение), ОРЗ с повышением температуры до 38 <sup>0</sup> С на сроке гестации 35/36 недель, хронической никотиновой интоксикации. Роды 1 (1 м/а, 2 – выкидыш на раннем роке) на сроке гестации 39 недель. 1 период 18 часов, первичная слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от родостимуляции, начавшаяся гипоксия плода, экстренное кесарево сечение. Безводный промежуток 16 часов 10 мин. Лихорадка в родах. Воды мекониальные. Извлечен на 3 минуте эндотрахеального наркоза за головной конец. При рождении крика нет, руки и ноги «свисают», дыхательные движения отсутствуют, ЧСС 80 уд в мин. Кожа и пуповина прокрашены меконием
B	1	Каковы первичные мероприятия и порядок действий на 1-ой минуте после рождения. Обоснуйте ответ
Э	-	Учитывая отсутствие дыхания, мышечную гипотонию, брадикардию, мекониальные воды, ребенка необходимо сразу после пересечения пуповины перенести на реанимационный стол, не проводя тактильную стимуляцию и обсушивание ребенка, провести интубацию трахеи, санацию ТБД, ИВЛ мешком Амбу, оценить эффективность проводимых мероприятий, оценить ребенка по шкале Апгар в конце 1 мин
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно и\или ответ не обоснован
B	2	Предполагаемый диагноз.
Э	-	Острая интранатальная асфиксия. Аспирация околоплодных вод с меконием. Внутриамниотическая инфекция
P2	-	Диагноз сформулирован верно

P1	-	Диагноз сформулирован неполностью
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	3	План лабораторного обследования в первые часы после рождения
Э	-	Клинический анализ крови, С-реактивный белок, биохимический анализ крови, сахар крови, КОС
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Назовите возможные осложнения
Э	-	Развитие синдромов утечки воздуха, персистирующего фетального кровообращения, судорожного синдрома, неонатального сепсиса
P2	-	Дан полный ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Основные направления медикаментозной терапии
Э	-	Инфузионная терапия, поддержка гемодинамики, поддержание нормогликемии, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, купирование судорог
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	028
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Новорожденный мальчик от первой беременности, протекавшей на фоне сочетанного гестоза легкой степени, хронического пиелонефрита вне обострения, ОРВИ на сроке гестации 18/20 недель, родился через естественные родовые пути на сроке гестации 38/39 недель. 1 период 10 ч 35 мин, 2 период 10 мин, безводный промежуток 10 часов 25 мин. Воды светлые. Закричал сразу. Крик громкий, мышечный тонус флексорный, ЧСС 148 уд в мин, окраска кожных покровов цианотичная.
В	1	Какие мероприятия необходимо провести в данной ситуации в родильном зале сразу после рождения.
Э	-	Сразу после рождения необходимо обсушить ребенка сухой теплой пеленкой путем аккуратного промакивания и незамедлительно поменять мокрую пеленку на сухую. В течение первых 30 сек оценить состояние новорожденного: наличие спонтанного дыхания, ЧСС, цвета кожи; и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. Выложить ребенка на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть теплой пеленкой. После прекращения пульсации пуповины или через 1-3 мин, но не позднее 10й мин следует пересечь пуповину стерильными

		инструментами, обработав ее кожными антисептиками. Оценить состояние ребенка по шкале Апгар в конце 1 и 5 мин Приложить ребенка к груди Провести антропометрию, вторичную обработку пуповинного остатка, пеленание ребенка.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный и\или нарушена последовательность действий
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Какие мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний у данного новорожденного необходимо провести в родильном зале?
Э	-	Необходимо провести профилактику инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорожденного путем однократного закладывания за нижнее веко 1% мази тетрациклина гидрохлорида или мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г .
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный, не указаны лекарственные препараты
P0	-	Ответ дан неверно или указаны неверно лекарственные препараты
В	3	Ваш диагноз. Определите план ведения данного новорожденного, если после проведения антропометрии вес 3800г, рост 54 см.
Э	-	Диагноз: новорожденный, период адаптации. План: совместное пребывание, свободное грудное вскармливание, наблюдение медсестры в 1ые с.ж каждые 3,5 часа, ежедневный осмотр педиатра, допуск к вакцинации против гепатита В в первые 12 ч.ж. после получения добровольного информированного согласия матери, вакцинация против туберкулеза вакциной БЦЖ-М на 3 с.ж. после получения добровольного информированного согласия матери, проведение аудиологического скрининга на 3 с.ж., проведение неонатального скрининга на 4 с.ж.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный и\или нарушена последовательность действий
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Назовите какой вакциной проводится вакцинация против туберкулеза. Назовите противопоказания к вакцинации против туберкулеза указанной вакциной
Э	-	Вакцинация против туберкулеза проводится вакциной БЦЖ-М, которая представляет собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофилизированные в 1,5% растворе глютамината натрия. Противопоказания для вакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ-М у новорожденных: 1. Недоношенность — масса тела при рождении менее 2000 г. 2. Вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания.

		3. Иммунодефицитное состояние (первичное). 4. Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье. 5. ВИЧ-инфекция у матери.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Назовите схемы вакцинации против гепатита В
Э	-	Вакцинация против вирусного гепатита В проводится всем новорожденным в первые 24 часа жизни ребенка. Новорожденных из групп риска вакцинируют по схеме 0-1-2-12 (первая доза – в первые 24 часа жизни, вторая доза – в возрасте 1 месяца, третья доза – в возрасте 2 месяцев, четвертая доза – в возрасте 12 месяцев). Одновременно с первой прививкой рекомендуется ввести внутримышечно в другое бедро иммуноглобулин человека против гепатита В в дозе 100 МЕ. По такой же схеме вакцинируют детей, относящихся к группе риска, не привитых в родильном доме по медицинским противопоказаниям после снятия последних. Новорожденных и всех детей первого года жизни, не относящихся к группам риска, вакцинируют по схеме 0-1-6 (1 доза – в момент начала вакцинации, 2 доза – через 1 месяц после 1 прививки, 3 доза – через 6 месяцев от начала иммунизации).
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	029
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В приемный покой поступает женщина в потужном периоде со сроком беременности 36 недель. На учете в женской консультации не состояла, не обследована. Со слов женщины беременность 8, роды 3. Воды отошли 2 дня назад. При осмотре женщины выявлены следы от употребления инъекционных наркотиков. Со слов употребляет инъекционные наркотики в течение 3х лет, последний прием за 8 часов до родов. Сделан быстрый тест на ВИЧ - отрицательный. Родилась девочка с весом 3150, ростом 49 см. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7\86 Состояние при рождении расценено как удовлетворительное. Мать в ребенке не заинтересована
B	1	Ваш план действий. Обоснуйте ответ.
Э	-	Поскольку мать в ребенке не заинтересована и неспособна осуществлять адекватный уход за недоношенным новорожденным, ребенка следует перевести в отделение новорожденных под наблюдение медицинской сестры, обеспечить ему оптимальные условия окружающей среды, назначить вскармливание адаптированной смесью по физпотребности. Поскольку мать ребенка на учете в женской консультации не состояла и не

		обследована, то ребенок имеет высокий риск реализации внутриамниотической инфекции. В связи с этим необходимо назначить лабораторное обследование: клинический анализ крови, СРБ, сахар крови, определить группу крови и резус-фактор ребенка, уровень пуповинного билирубина, взять кровь на гепатиты В и С, ВИЧ, сифилис. Поскольку имеется длительный безводный промежуток, что является дополнительным фактором развития неонатального сепсиса у данного ребенка, то до результатов первичных и контрольных анализов крови, необходимо назначить антибактериальную терапию. Учитывая недоношенность и наличие указаний на употребление матерью инъекционных наркотиков, ребенок имеет высокий риск развития нарушения периода адаптации: метаболических нарушений (например, гипогликемия), абстинентного синдрома. Поэтому ребенок должен находиться под динамическим наблюдением, необходимо мониторировать уровень сахара в крови. Кроме того, необходимо начать профилактику вертикальной передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку по эпидемиологическим показаниям. Поскольку состояние ребенка на момент осмотра удовлетворительное, противопоказаний к вакцинации против гепатита В в настоящее время нет
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Показана ли АРВТ в данном случае. Обоснуйте ответ
Э	-	Поскольку мать ребенка употребляет инъекционные наркотики, то ребенку показана антиретровирусная терапия с целью профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку по эпидемиологическим показаниям несмотря на отрицательный тест на ВИЧ.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	По какой схеме должна быть проведена профилактика ВИЧ-инфекции новорожденному.
Э	-	По эпидемиологическим показаниям в связи с применением матерью ребенка инъекционных наркотиков, ребенку показана антиретровирусная терапия Зидовудином в дозе для ребенка старше 35 недель 4 мг\кг\12ч перорально с первых 4 часов жизни курсом 4 недели
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Нужно ли в данном случае информировать мать ребенка о его состоянии и проводимой терапии
Э	-	Даже если мать в ребенке не заинтересована, отказ от родительских прав на ребенка не может быть оформлен сразу после рождения. Мать является официальным опекуном несовершеннолетнего. Для

		проведения обследования и лечения необходимо оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отдельно оформляется согласие\отказ от вакцинации против туберкулеза и гепатита В. Отдельно оформляется согласие на проведение АРВТ
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	По какой методике вы будете оценивать динамику развития абстинентного синдрома. Назовите основные симптомы.
Э	-	<p>Оценка по шкале Фениган</p> <p>1. Симптомы раздражения ЦНС: Тремор, Возбудимость, Нарушения сна, Раздраженный и пронзительный крик, Повышение мышечного тонуса, Оживление глубоких сухожильных рефлексов, Усиление рефлекса Моро, Судороги</p> <p>2. Нарушения функции ЖКТ: Снижение аппетита. Навязчивое сосаниею Рвота. Диарея. Обезвоживание. Плохая прибавка в весе</p> <p>3. Раздражение вегетативной нервной системы. Потливость. Лихорадка. Нестабильность температуры. Мраморность. Слезотечение</p> <p>4. Симптомы со стороны дыхательной системы: Тахипноэ. Раздувание крыльев носа. Заложенность носа, ринорея. Чихание. Втяжение уступчивых мест грудной клетки. Эпизоды цианоза. Апноэ</p> <p>5. Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы: Тахикардия</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	030
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Новорожденный мальчик от матери с отягощенным соматическим анамнезом (подковообразная почка, ПНО, трикуспидальная регургитация 1 ст, хронический гастрит, хронический тонзиллит), от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 21/22 неделе, лейкоцитурия, бактериурия в 35 недель, кандидозный кольпит, от 2 срочных родов на сроке гестации 37 недель через естественные родовые пути. 1 период 6 часов 25 мин, 2 период 20 мин, слабость потуг, начавшаяся гипоксия плода, вакуум-экстракция плода. Безводный промежуток 4 часа 35 мин, воды светлые. При рождении крик средней силы, прерывистый, мышечный тонус снижен, дыхание регулярное, ЧСС 110 уд в мин.</p> <p>Через 30 мин было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным</p>

		втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и мечевидного отростка, стонет, частота дыхания до 70 в 1 минуту. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было.
В	1	Оцените ребенка по шкале Сильверман
Э	-	Оценка по шкале Сильверман 8 баллов.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Предполагаемый диагноз
Э	-	Учитывая клинические признаки дыхательной недостаточности с оценкой по шкале Сильверман 8 баллов, у ребенка имеет место респираторный дистресс-синдром тяжелой степени, который может быть обусловлен врожденной пневмонией, болевым синдромом с развитием РДС взрослого типа
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Какие мероприятия необходимо провести. Объем первичного обследования
Э	-	Учитывая тяжесть РДС необходимо провести интубацию трахеи, начать аппаратную ИВЛ с подбором параметров для обеспечения адекватного газообмена при минимально агрессивных параметрах вентиляции. Коррекцию параметров необходимо проводить под контролем газового состава крови. Обеспечить тепловой комфорт. Обеспечить венозный доступ. Начать базовую инфузионную терапию, стартовую антибактериальную терапию. Взять кровь на клинический анализ, сахар крови, СРБ, КОС. Обеспечить мониторинг ЧСС, сатурации, АД. При наличии выраженного болевого синдрома – обезболить. При наличии артериальной гипотензии – начать мероприятия по стабилизации гемодинамики. Провести рентгенографию легких. Провести нейросонографию и УЗИ костей черепа.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Каким образом необходимо синхронизировать ребенка с аппаратом ИВЛ
Э	-	Рутинная медикаментозная седация с целью синхронизации с аппаратом ИВЛ не применяется. Синхронизация с аппаратом ИВЛ

		достигается подбором параметров ИВЛ для обеспечения адекватной минутной вентиляции легких
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Назначте стартовую антибактериальную терапию
Э	-	Стартовая антибактериальная терапия начинается ампициллином в дозе 100 мг/кг/сут. При необходимости усилить антибактериальную терапию к ампициллину добавляется аминогликозид, например гентамицин в дозе 4 мг/кг/24 ч у доношенного ребенка, или амикацин 15 мг/кг/24ч у доношенного ребенка
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	031
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Новорожденная девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза легкой степени, хронической внутриутробной гипоксии плода, миопии высокой степени, родилась путем операции планового кесарева сечения на сроке гестации 39/40 недель с весом при рождении 2950г ростом 49 см, воды светлые. Закричала сразу, крик громкий, мышечный тонус удовлетворительный, дыхание в легких на крике проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 148 в мин. Оценка по шкале Апгар на 1 мин 8 баллов. На второй минуте жизни – апное, разлитой цианоз, брадикардия. Проводилась ИВЛ мешком Амбу через лицевую маску в течение 30 сек с положительным эффектом (ребенок розовый, кричит, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, реакция на осмотр и манипуляции активная, адекватная, тоны сердца удовлетворительной звучности, ритмичные, ЧСС 135 в мин) ИВЛ прекращена. Повторный эпизод апное.
B	1	Предполагаемый диагноз. Обоснуйте ответ
Э	-	Учитывая анатомо-физиологические особенности новорожденных детей, в данной ситуации видно, что адекватной самостоятельное дыхание у ребенка возможно только через рот, то есть при крике, а в покое возникает затруднение дыхания – апное, то вероятно у ребенка имеется нарушение воздушной проходимости через носовые ходы, что чаще всего обусловлено врожденным пороком развития – атрезией хоан.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	2	Какие действия необходимо предпринять для обеспечения адекватного дыхания

Э	-	При отсутствии какой-либо другой патологии со стороны легких и ЦНС, приводящих к нарушению дыхания, достаточно завести в ротовую полость воздуховод для обеспечения адекватного дыхания через рот. Если при введении воздуховода сохраняются трудности с дыханием в покое, необходимо провести интубацию трахеи.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Какие действия необходимо предпринять для подтверждения предполагаемого диагноза
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо проверить проходимость носовых ходов. Для этого поочередно заводится желудочный или санационный зонд в нижний носовой ход. Если зонд беспрепятственно проходит до ротоглотки, атрезии хоан нет. Если ощущается препятствие для прохождения зонда – атрезия хоан есть
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какова дальнейшая тактика
Э	-	При отсутствии нарушения со стороны других органов и адекватном дыхании через воздуховод, данный ребенок нуждается в переводе на пост интенсивной терапии, обеспечении теплового комфорта, мониторинга ЧСС и сатурации, необходимо наладить зондовое питание. Данный ребенок нуждается в переводе в специализированное отделение детской больницы для обследования и решения вопроса о хирургической коррекции порока развития.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Прогноз
Э	-	Прогноз благоприятный
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	032
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный мальчик с массой тела 2850, ростом 52 см от 1 беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, сочетанного гестоза средней степени на фоне артериальной гипертензии у матери. От 1 родов через естественные родовые пути в заднем виде затылочного вставления, слабость потуг, вакуум-экстракция плода, околоплодные воды густо окрашены меконием. 1 период 12 ч 2 период 25 мин безводный промежуток 06 ч 30 мин.

		При рождении атония, арефлексия, дыхательные движения отсутствуют, ЧСС 30 уд в мин. Интубирован сразу после рождения, проведена санация ТБД, санируется большое количество густого мекония. Оценка по шкале Апгар 1\3\5\76. После первичной стабилизации состояния переведен в ОРИТ. Находится на аппаратной ИВЛ с FiO2 1,0 Pin 28 Pex 5 Tin 0,4 ЧД 60. Сатурация 85% С аппаратом синхронизируется плохо, механика дыхания нарушена, отмечается тахипное до 100 в мин, разлитой цианоз, более выраженный в нижней половине тела, нарушение микроциркуляции. Акцентированный второй тон. Наличие разлитого сердечного толчка. Тоны сердца глухие. ЧСС 176 в мин. АД 68\40 среднее 48 мм рт ст. В легких дыхание резко ослаблено, хрипов нет. Грудная клетка ригидна. По газам крови: рН 7,21 рСО2 98 рО2 32 НСО3 18 BE - 28
В	1	Предполагаемый диагноз. Дайте определение данному заболеванию
Э	-	Персистирующая легочная гипертензия или Стойкое фетальное кровообращение у новорождённого (СФКН) — симптомокомплекс, характеризующийся рефрактерной артериальной гипоксемией, возникающей вследствие сохраняющегося высокого лёгочного сосудистого сопротивления и шунтирования крови справа налево через ОАП и овальное окно.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Назовите факторы риска развития этого состояния у данного новорожденного и объясните их механизм
Э	-	Хроническая внутриутробная гипоксия, приводящая к патологической мускуляризации интраацинарных артерий, в норме не имеющих мышечного слоя. Это создает предпосылки для их последующего сужения и повышения лёгочного сосудистого сопротивления. Острая перинатальная асфиксия, приводящая к высвобождению гуморальных факторов, способствующих вазоконстрикции лёгочных сосудов и препятствующих вазодилатации. Изменения уровня вазоактивных медиаторов при пневмонии на фоне аспирации мекония, в частности угнетение выработки оксида азота и высвобождение тромбоксанов и лейкотриенов. Аспирационный синдром с развитием тяжелой дыхательной недостаточности, гипоксемией, нарушением растяжимости легочной ткани, что препятствует раскрытию легочных капилляров, снижению легочного сопротивления и в конечном итоге приводит к повышению давления в легочной артерии.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	На каких данных вы основываете свой предполагаемый диагноз
Э	-	На основании данных анамнеза: хроническая внутриутробная

		гипоксия, острая интранатальная асфиксия, доношенный срок беременности, аспирация мекония с развитием тяжелой дыхательной недостаточности, что является факторами риска развития легочной гипертензии. Клинические данные: резко выраженный цианоз, более выраженный в нижней половине тела, не исчезающий даже при вентилиции гипероксическими смесями. Выраженное тахипное. При аускультации сердца - акцентированный второй тон. Наличие разлитого сердечного толчка, что свидетельствует о гипертрофии и дилатации правого желудочка. По газам крови гиперкапния, гипоксемия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
V	4	Назовите объем обследования при данном состоянии и дифференциальный диагноз
Э	-	<p>Гипероксический тест. Ребёнку дают дышать чистым кислородом в течение 10 мин через маску или эндотрахеальную трубку. Тест сравнивает оксигенацию в крови до впадения и после впадения артериального протока, определяя <math>sO_2</math> или <math>paO_2</math> на правой руке и на левой ноге (артериальный проток впадает в аорту дистальнее места отхождения правой подключичной артерии).</p> <p>Тест считают положительным, если <math>spO_2</math> справа больше на 20%, чем слева, а <math>paO_2</math> справа больше на 15-20 мм рт.ст., чем слева.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Гипервентиляционный гипероксический тест. В течение 10-15 мин проводят гипервентиляцию с частотой 70-90/мин и <math>fO_2 - 1,0</math>.</li> </ul> <p>Тест считают положительным при исчезновении цианоза, повышении <math>spO_2</math> и увеличении <math>paO_2 &gt;100</math> мм рт.ст. Гипероксия и гипервентиляция вызывают расширение лёгочных артерий и тем самым снижают лёгочное АД. Тест помогает исключить ВПС «синего» типа.</p> <p>Инструментальные методы:</p> <p>Рентгенографии грудной клетки: при вторичном СФКН можно выявить основную патологию (в данном случае – аспирационный синдром), при первичной - лёгочные поля чистые или с минимальными изменениями.</p> <p>ЭхоКГ – основной метод, проводится для исключения ВПС, определения направления и степени шунтирования крови, оценки сократительной функции миокарда. Характерна дилатация правых отделов сердца, лёгочного ствола, диастолическое пролабирование межпредсердной и межжелудочковой перегородок в левые отделы сердца. Регистрируется сброс крови через артериальный проток или овальное окно, трикуспидальная регургитация.</p> <p>Дифференциальную диагностику проводят с ВПС, тяжёлой пневмонией, сепсисом</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
V	5	Терапия: назовите цель терапии, основные факторы, на обеспечение которых направлена терапия. Основные методы терапии:

Э	-	<p>Цель терапии - поддержание нормального уровня оксигенации крови и величины доставки кислорода к тканям.</p> <p>В первую очередь следует ориентироваться на два естественных фактора, обеспечивающих дилатацию лёгочных сосудов, - уровень <math>p_{aO_2}</math> и расправление лёгких.</p> <p>Немедикаментозное лечение: оксигенотерапия. Для достижения значения <math>p_{aO_2}</math> между 100-120 мм рт.ст. и умеренного респираторного алкалоза (<math>pH</math> - 7,45-7,45 и <math>p_{aCO_2}</math> - 35-30 мм рт.ст.). Применяют традиционную ИВЛ, при сочетании с тяжёлым паренхиматозным заболеванием лёгких или развитии лёгочных осложнений (интерстициальная эмфизема, пневмоторакс), предпочтение отдается осцилляторной вентиляции.</p> <p>Медикаментозное лечение: седация и миорелаксация. Препаратами выбора считают наркотические анальгетики и миорелаксанты (промедол: доза насыщения - 0,5 мг/кг, поддерживающая - 20-80 мкг\кг\ч); фентанил: доза насыщения 5-8 мкг/кг, поддерживающая доза - 1-5 мкг\кг\ч)).</p> <p>Если необходимого уровня алкалоза трудно добиться с помощью гипервентиляции, то допустимо в течение короткого времени проведение ощелачивания введением раствора гидрокарбоната натрия в начальной дозе 1-2 ммоль/кг с последующей непрерывной инфузией 0,5-1 ммоль\кг\ч).</p> <p>поддержание адекватного сердечного выброса и АД, что уменьшает шунтирование справа налево через артериальный проток и увеличивает лёгочный кровоток. Желательно поднять систолическое давление до уровня 60-80 мм рт.ст., а диастолическое - до 50-60 мм рт.ст. Для инотропной поддержки предпочтительнее использовать добутамин (10-15 мкг/кг в мин), поскольку допамин вызывает не только системную, но и лёгочную вазоконстрикцию.</p> <p>Селективная легочная вазодилатация: Оксид азота. Стартовая концентрация оксида азота составляет 20 частей на миллион, при необходимости может быть увеличена до 40. При улучшении оксигенации и снижении давления в лёгочной артерии концентрацию оксида азота постепенно (за 3-4 дня) снижают до 5 частей на миллион, а затем отменяют.</p> <p>Сульфат магния. Начальная доза составляет 250 мг/кг, её вводят в течение 30 мин для избегания системной гипотензии. Повторную дозу препарата вводят через 8-12 ч. При отсутствии эффекта дозу увеличивают до 400 мг/кг</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	033
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мальчик 4 дней жизни находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи

		<p>(лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, лечения не проводилось. Роды срочные с длительными безводным промежутком 18 часов. Проводилась вакуум-экстракция плода. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкалы Апгар 7\8 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечалась вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, навязчивые движения языка, гипорефлексия, гипотония. На 2й день жизни отмечался подъем температуры до 39 °С, возбужден, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0°С, крик монотонный, неэмоциональный, крупно амплитудный нистагм, плавающие движения глазных яблок. Б.р. выбухает умеренно напряжен, тянет голову назад. Кожные покровы с сероватым оттенком на фоне бледности и «мраморности» кожных покровов, желтуха, в легких дыхание ослабленное, хрипов нет. ЧСС – 160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул желтого цвета, с непереваренными комочками и прожилками слизи.</p>
В	1	Предполагаемый диагноз. На каких клинических данных основан предполагаемый диагноз
Э	-	<p>Инфекция, специфичная для перинатального периода: менингит?, менингоэнцефалит? Сепсис?. Внутричерепное кровоизлияние?</p> <p>Диагноз основан на наличии характерных общесоматических нарушений: синдром «инфекционного токсикоза», проявляющийся сероватым оттенком на фоне бледности или «мраморности» кожных покровов, желтухой, нарушением терморегуляции (чаще гипертермия), тахикардией, тахипное, парезом кишечника, срыгиваниями или рвотой, гепато- и спленомегалией. А также симптомах поражения ЦНС: крупно-амплитудный нистагм, плавающие движения глазных яблок. Выбухание и напряжение большого родничка, ригидность мышц задней поверхности шеи. нарушение уровня бодрствования, отсутствие эмоциональности, контактности</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Объем обследования
Э	-	<p>Лабораторная диагностика инфекционного процесса: Клинический анализ крови, сахар, СРБ, ПКТ, посевы (кровь, вдп\тбд, желудок, ликвор), клинический анализ ликвора, КОС</p> <p>Инструментальные методы: НСГ, люмбальная пункция, КТ головы показана для исключения абсцесса мозга, субдурального выпота, выявления участков тромбоза, инфарктов или кровоизлияний, локализованных в поверхностных (конвекситальных) структурах головного мозга. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости при выраженном парезе кишечника для исключения ВПР и</p>

		перфорации.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Принципы лечения
Э	-	<p>При подтверждении или при обоснованном подозрении на инфекционный характер этиологии данного состояния, то есть наличии у ребенка менингита или менингоэнцефалита, необходимо незамедлительно начать антибактериальную терапию. При этом надо учитывать: время появления первых симптомов; характер предшествующей антибиотикотерапии; данные микробиологического мониторинга в конкретном отделении для новорождённых. Учитывая сроки развития клинической картины в данном случае, мы имеем дело с ранним менингитом, поэтому стартовая антибактериальная терапия должна быть начата сочетанием ампициллина и гентамицина. Эффективность антибактериальной терапии оценивают по клиническим данным и результатам микроскопии СМЖ, повторное исследование которой проводят не позднее 48-72 ч от начала лечения. Если через 48-72 ч от начала эмпирической антибактериальной терапии не происходит явного клинико-лабораторного улучшения, то производят смену схемы антибактериального лечения.</p> <p>В комплексном лечении необходимо проводить инфузионную, иммунокорректирующую и противосудорожную терапию, коррекцию кислотно-основных и метаболических нарушений.</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Возможные осложнения
Э	-	<p>Ранние осложнения: Отек головного мозга, нарушение мозгового кровообращения, развитие судорожного синдрома. При прогрессировании отека мозга - возможна дислокация его ствольных отделов с последующим вклиниванием их в большое затылочное отверстие, развитием вторичных ствольных симптомов: кома, нарушение ритма и глубины дыхания, приступы апноэ, падение системного АД, нарушение ритма сердца (чаще брадикардия или брадиаритмия). В редких случаях возможно развитие бульварных и псевдобульварных нарушений. Развитие септического шока, ДВС-синдрома.</p> <p>К поздним осложнениям гнойных менингитов относят венитрикулит или эпендиматит, абсцессы головного и спинного мозга, различные формы гидроцефалии. Поздние осложнения развиваются, как правило, при несвоевременной диагностике или неадекватном лечении.</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	5	Назовите противопоказания к проведению люмбальной пункции. Какие исследования включает лабораторный анализ СМЖ
Э	-	Противопоказания: Шок, ДВС-синдром, выраженный отек головного мозга ввиду высокого риска вклинения. Исследование СМЖ включает: Подсчёт количества и определение морфологии клеток (определение их соотношения в процентах). • Определение уровня глюкозы и белка. • Бактериоскопию фиксированной капли СМЖ, окрашенной по Граму. • Посев СМЖ с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам. • Выявление бактериальных Аг в СМЖ стандартными наборами антисывороток (при возможности). Микробиологическое исследование СМЖ состоит из бактериоскопии мазка, выделения возбудителя, серологической детекции Аг в СМЖ.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	034
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Доношенная девочка с весом при рождении 3180, ростом 52 см. От 4 беременности (1 беременность срочные роды, ребенок умер на 8 с.ж., 2 беременность – замершая, 3 беременность выкидыш на сроке 20 недель). Беременность протекала на фоне угрозы в 12\13, 20\21, 28\29 недель Бактериурия, ОРЗ на сроке 18 нед с температурой до 38 градусов. Роды 2 на сроке 40\41 неделя без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8\9 баллов. С рождения состояние удовлетворительное, приложена к груди в родильном зале, находится совместно с матерью.</p> <p>На 2 сутки жизни осмотре состояние тяжелое, выраженная термоллабильность, кожные покровы желтушно-серые с выраженным акроцианозом, отмечается мраморность. Реакция на осмотр вялая, быстро угасает. Бр. не выбухает не напряжен. Судорог, очаговой неврологической недоедает, «сливает», периодически срыгивает с примесью желчи. Механика дыхания не нарушена, ЧД 55-60 в мин, еле слышно подстанывает. В легких дыхание ослаблено, проводится во все отделы. Сатурация 92%. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 168 в минуту, шумы не выслушиваются. Живот подвздут, мягкий, печень + 3 см, селезенка +0.5 см. Пуповинный остаток в скобе, отмечается гиперемия кожного валика вокруг и по ходу пупочной вены.</p> <p>В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты <math>5,3 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты <math>4,2 \times 10^9/л</math>, сегментоядерные нейтрофилы 52%, палочкоядерные нейтрофилы 8 %, миелоциты 4%, лимфоциты 26%, эозинофилы 0%, моноциты 10%, тромбоциты <math>80 \times 10^9 /л</math>, СОЭ 2 мм/час.</p> <p>В биохимическом анализе крови - общий белок 41 г/л, альбумин 30 г/л, креатинин 70 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, СРБ 60 мг/л, глюкоза 12,3 ммоль/л, ГГТ 150 Е/л, ЩФ 120 Е/л, билирубин общий 78 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АСТ 42 Е/л, АЛТ 37 Е/л, Na 134 ммоль/л, К 6,6 ммоль/л, прокальцитонин 34 нг/мл.</p>

		Гистология последа – восходящая бактериальное инфицирование последа, гнойный хориоамнионит, фуникулит, интервиллузит, флебит пупочной вены.
В	1	Предполагаемый диагноз. Дайте определение данному состоянию.
Э	-	Ранний неонатальный сепсис. Сепсис — генерализованная ациклическая гнойно-воспалительная инфекция, вызванная условно-патогенной бактериальной микрофлорой, в основе развития которой лежит дисфункция иммунной, преимущественно фагоцитарной, системы организма с развитием неадекватного системного воспалительного ответа.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	На каких критериях основан предполагаемый диагноз
Э	-	Диагноз основан на: Данных анамнеза: первый ребенок умер на 8 с.ж., 2 беременность – замершая, 3 беременность выкидыш на сроке 20 недель. Наличие бактериурии, ОРЗ на сроке 18 нед с температурой до 38 градусов. наличии признаков инфекционного токсикоза с нарушением общесоматического статуса, наличии признаков системной воспалительной реакции (нарушение температурного баланса, абсолютная лейкопения со сдвигом формулы влево, тромбоцитопения, повышение уровня СРБ, ПКТ, нарушение толерантности к углеводной нагрузке) наличии признаков полиорганной недостаточности: Нарушения функций нервной системы, дыхательная недостаточность, нарушение толерантности к энтеральному питанию наличие первичного очага в организме матери (хориоамнионит) и входных ворот – пупочная вена.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Направления обследования и мониторинга
Э	-	Контроль лабораторных данных. Поиск очагов инфекции - менингита, пневмонии, энтероколита, пиелонефрита, артрита, остеомиелита, перитонита, кардита, абсцессов и флегмоны мягких тканей и т.д. оценка функциональной активности важнейших систем поддержания гомеостаза и диагностика органной недостаточности оценка системной воспалительной реакции организма новорождённого в динамике выявление возбудителя инфекции - микробиологическое исследование: посев крови, СМЖ (по клиническим показаниям), аспирата из трахеи, мочи, отделяемого из гнойных очагов. Лабораторные методы: клинический и биохимический анализы крови, КОС, СРБ, ПКТ, общий анализ мочи, клинический анализ

		ликвора, контроль гликемии. Посевы. Инструментальные методы: рентгенологическое обследование органов грудной клетки и брюшной полости. НСГ. Эхо-КГ. УЗИ органов брюшной полости. КТ\МРТ
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Дифференциальный диагноз
Э	-	<p>локализованные тяжёлые гнойно-воспалительные заболевания (гнойный перитонит, гнойный медиастинит, гнойно-деструктивная пневмония, гнойный менингит, гнойный гематогенный остеомиелит, некротический энтероколит новорождённого).</p> <p>с врождёнными генерализованными формами вирусных инфекций. Дифференциальная диагностика основана на проведении молекулярно-биологического или вирусологического исследования крови, СМЖ, мочи, аспирата из трахеи или слюны методом ПЦР или культуральным методом, серологических исследований уровней содержания специфических противовирусных IgM и IgG в сыворотке крови, а также их avidности.</p> <p>с генерализованными микозами, в первую очередь кандидозом и значительно реже - аспергиллёзом. Дифференциальная диагностика основана на результатах микроскопического и микологического (посев на среду Сабуро) исследования крови, СМЖ, отделяемого пиемических очагов.</p> <p>с наследственной патологией обмена веществ. Так, при наследственных дефектах обмена аминокислот характерны быстрое ухудшение состояния новорождённого после рождения, прогрессирующая одышка, лёгочно-сердечная недостаточность, угнетение функций ЦНС, гипотермия, лейкопения, тромбоцитопения, анемия. Отличительный признак — стойкий и выраженный метаболический ацидоз, в ряде случаев — появление стойкого запаха. Основное в дифференциальной диагностике — биохимические исследования крови, мочи, генетическая диагностика.</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Лечение
Э	-	<p>Перевод в ПИТ\ОРИТН</p> <p>Обеспечение теплового комфорта температуры тела, контроль диуреза</p> <p>Гигиенические мероприятия</p> <p>При отсутствии признаков НЭК и перитонита - энтеральное питание под контролем состояния ЖКТ сцеженным грудным молоком или адаптированной смесью для доношенных через рожок или зонд. При отсутствии толерантности к энтеральной нагрузке полноценной смесью, перевод на гидролизированные смеси.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Этиотропная терапия — включает наряду с системной</li> </ul>

		<p>антибиотикотерапией местную терапию, направленную на санацию первичного или метастатических очагов, коррекцию нарушений биоценоза поверхностей организма ребёнка, соприкасающихся с окружающей средой. В данном случае стартовая антибактериальная терапия – ампициллин + гентамицин. Путь введения – внутривенный. При неэффективности в течение 48 часов переходят на альтернативные схемы с учетом предполагаемого возбудителя и/или результатов микробиологических исследований. Альтернативные антибиотики - карбапенемы (имипенем/циластатин) в качестве монотерапии или в сочетании с аминогликозидами, цефалоспорины 3-го поколения. При высокой вероятности этиологической роли метициллинрезистентных штаммов стафилококков целесообразно применение ванкомицина</p> <p>Патогенетическая терапия сепсиса включает следующие основные направления:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• иммунокорректирующую терапию (иммунозаместительной терапии препаратами иммуноглобулинов);</li> <li>• инфузионную терапию - позволяет восполнить дефицит ОЦК, провести коррекцию электролитных расстройств и улучшить гемореологические характеристики циркулирующей крови, при невозможности вскармливания - становится составляющей ПП;</li> <li>• восстановление водно-электролитного баланса, коррекцию КОС крови;</li> <li>• противошоковую терапию вазопрессорными и инотропными препаратами (допамин с добутамином) в сочетании с низкими дозами глюкокортикоидов, что позволяет купировать скрытую надпочечниковую недостаточность и обеспечить резервные возможности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. При неэффективности допамина с добутамином используется эпинефрин (адреналин).;</li> <li>• коррекцию гемостаза, которая включает трансфузии свежзамороженной плазмы</li> <li>• восстановление функций основных органов и систем организма.</li> </ul>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	035
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный полновесный новорожденный от 1 беременности, 1 родов через естественные родовые пути в заднем виде затылочного вставления, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении крик средней силы, мышечный тонус снижен, дыхание регулярное, в легких проводится равномерно. ЧСС 138 в мин. Кожные покровы сухие, лоснящиеся, блестящие, беловато-серого цвета. На теле глубокие красноватые трещины. Веки глаз вывернуты, ушные раковины деформированы, рот зияет, кисти рук и стопы ног деформированы.
В	1	Предполагаемый диагноз. Обоснуйте ответ
Э	-	Врожденный ихтиоз. Диагноз поставлен на основе характерного внешнего вида, обусловленного генерализованным поражением кожного покрова.

P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Лечение.
Э	-	Цель лечения: Нормализация состояния кожи, предупреждение дыхательных расстройств и вторичной инфекции. Немедикаментозное лечение Следует купать ребёнка в масляной взвеси (100 г оливкового масла на ванну), чешуйки и корочки смазывать мазью ируксол за 1 ч до купания, во время купания аккуратно их удалять. Масляные обёртывания. Медикаментозное лечение основано на назначении преднизолона. Стартовая доза составляет 2 мг/кг. Эту дозу ребёнок получает в течение 2 нед. Затем преднизолон назначают в дозе 1,5 мг/кг в сутки ещё в течение 2 нед. В последующем в зависимости от тяжести заболевания и эффекта терапии возможна постепенная отмена преднизолона либо продолжение терапии до 2 мес в дозе 1 мг/кг в сутки.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Диагностика и обследование
Э	-	Диагностика основана на физикальном обследовании: тело ребёнка покрыто «панцирем» беловато-сероватого цвета или коллоидной плёнкой, возможно эритематозное поражение кожи с пузырьками или без них. Эктропион, деформация ушей, деформация кистей. Цель обследования: исключение врожденных пороков развития, инфекционных осложнений. Показана консультация дерматолога
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Определите прогноз
Э	-	Прогноз зависит от тяжести процесса: в тяжёлых случаях заболевания возможен летальный исход. Причинами летальности становятся пороки развития, несовместимые с жизнью, дыхательные расстройства и присоединение инфекции. В лёгких и среднетяжёлых случаях рано начатая терапия может способствовать благоприятному исходу.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Возможные осложнения
Э	-	Присоединение вторичной инфекции с возможным развитием генерализованных форм, развитие СДР
P2	-	Дан полный развернутый ответ

P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	036
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У доношенного новорожденного от женщины с отягощенной ОАГА (миома матки, эктопия шейки матки, ХУГИ уреоплазмоз (санирован), соматический анамнез не отягощен, от 3 беременности, 3 срочных родов через естественные родовые пути. 1 период 5 ч 45 мин, 2 период 10 мин, безводный промежуток 5 ч 10 мин, воды мекониальные. Ребенок родился с весом 3500, ростом 52 см в состоянии асфиксии с аспирацией мекониальных вод. Оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Возраст 7 мин жизни: ребенок интубирован, ИВЛ мешком Амбу Fi O2 1,0 Pвд 28, ЧД 50 в мин, в сознании, реакция на манипуляции снижена, ЧСС 142 в мин, кожные покровы розовые с выраженным акроцианозом, дыхание в легких проводится во все отделы, ослаблено, распространенные крепитирующие и разнокалиберные хрипы, сохраняется мышечная гипотония. На 8 мин жизни резкое ухудшение состояния, разлитой цианоз, брадикардия.
В	1	Наиболее вероятная причина ухудшения состояния. Обоснуйте ответ.
Э	-	Учитывая проводимую искусственную вентиляцию легких мешком Амбу с высоким давлением на вдохе и 100% кислородом вероятно у ребенка имеет место тяжелая аспирация меконием с высокой вероятностью формирования воздушных ловушек при проведении ИВЛ. Учитывая резкое ухудшение состояния с развитием десатурации и нарушением сердечно-сосудистой деятельности, наиболее вероятной причиной этого является развитие напряженного пневмоторакса
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Диагностические мероприятия.
Э	-	Учитывая срочность ситуации для подтверждения диагноза необходимо провести аускультацию легких и сердца, перкуссию грудной клетки и трансиллюминацию. При пневмотораксе на стороне поражения аускультативные шумы не выслушиваются, тоны сердца смещены в «здоровую» сторону. При перкуссии на стороне поражения перкуторный тон определяется как тимпанический, коробочный. Перкуторные границы сердца смещены в противоположную сторону. При трансиллюминация - лучшее светопроведение определяется на стороне пневмоторакса.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Экстренные лечебные мероприятия

Э	-	В данном случае необходимо провести лечебно-диагностическую пункцию плевральной полости. Пункцию проводят в третьем-четвертом межреберье по среднеключичной линии по верхней поверхности ребра. Для пункции используют стерильную иглу (18 G), присоединённую к шприцу с физиологическим раствором. При наличии пневмоторакса воздух свободно поступает в шприц. Также может быть использован стерильный катетер-«бабочка» (18 G). Если воздух поступает постоянно, то трубку помещают под воду и оставляют там до тех пор, пока не будет установлен дренаж.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Дальнейшие мероприятия
Э	-	<p>После подтверждения пневмоторакса и первичной стабилизации состояния, необходимо дренировать пневмоторакс. Дренирование проводят под анестезией, в асептических условиях. Используют дренажные трубки размером 8-10 Fg или торакальную каниюлю на троакаре размером 10-12 Fg. Дренирование проводят в несколько этапов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ребёнка укладывают на бок, отводя прямую руку за голову.</li> <li>• Кожу обрабатывают антисептиком. В качестве анестетика используют 0,5-1 % раствор лидокаина.</li> <li>• Делают небольшой надрез кожи параллельно ребру.</li> <li>• С помощью зажима тупо раздвигают межрёберные мышцы, продвигаясь вглубь к париетальной плевре.</li> <li>• Сжав зажимом кончик дренажной трубки, проводят её через грудную стенку. Освободив зажим, продвигают дренажную трубку кпереди. Использование троакара для введения дренажа повышает риск травмы лёгкого.</li> </ul> <p>Дренаж может быть установлен в несколько позиций.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Латерально - с третьего по пятое межреберье между передней и задней аксиллярными линиями, чтобы не травмировать грудные мышцы. Латеральное расположение дренажа предпочтительнее.</li> <li>• Спереди - во втором-третьем межреберье по среднеключичной линии.</li> </ul> <p>После присоединения дренажа к водному клапану должно происходить пробулькивание пузырьков воздуха и движение водного столба при дыхании. При необходимости дренаж подключают к системе отсасывания, создавая разрежение в 5-10 см вод.ст. Дренажную трубку фиксируют с помощью лейкопластыря, иногда нужно наложить одиночный шов. Контролируют положение дренажа рентгенологически, при наличии остаточного воздуха изменяют положение дренажа или ставят второй. Максимально может быть установлено по два дренажа с каждой стороны. Рентгенологический контроль состояния лёгких и положения дренажа после стабилизации пациента осуществляют не реже одного раза в сутки. Если лёгкие расправились и дренаж не функционирует (в течение 12 ч нет пробулькивания воздуха и движения столба жидкости), то его следует пережать. Если еще через 12 ч на рентгенограмме лёгкое расправлено и воздуха в плевральной полости нет, дренаж удаляют.</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	5	Уровень респираторной терапии
Э	-	Предпочтительна высокочастотная осцилляторная вентиляция лёгких, т.к. при этом меньше положительное давление в дистальных отделах дыхательных путей, газ равномерно доставляется к альвеолам с постоянным раздувающим давлением, существенно улучшается газообмен, оксигенация, вентиляция, быстрее происходит разрешение пневмоторакса.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	037
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>При вызове на дом. Доношенный полновесный мальчик 15 с.ж. отмечается прогрессивное ухудшение состояния. Отказ от еды, потеря в весе, ребенок стал не контактным, при крике и сосании – периоральный цианоз. ЧД 65 в мин ЧСС 180 в мин. Пульс на периферических артериях слабого наполнения. Тоны сердца глухие, ритмичные. Выслушивается короткий систолический шум. Перкуторно границы сердца расширены. Аускультативно дыхание в легких проводится во все отделы, в нижних отделах ослаблено, выслушиваются влажные хрипы, печень +3 см, пастозность конечностей. Пуп остаток отпал на 7 с.ж., пуп ранка эпителизирована без воспаления. Температура тела 36,7</p> <p>Из анамнеза: от 1 беременности, протекавшей без особенностей, от 1 родов через естественные родовые пути в переднем виде затылочного вставления, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8\9 баллов. Привит по возрасту. Выписан из родильного дома на 4 с.ж. МУМТ 2,5% на 2 с.ж. На грудном вскармливании. Мать к ребенку жалоб не предъявляла. За неделю до ухудшения состояния ребенка у отца ребенка отмечалось повышение температуры до 37,5 которое сопровождалось головной болью, рвотой</p>
В	1	Предполагаемый диагноз. Обоснуйте ответ
Э	-	Учитывая наличие контакта с инфекционным больным и клиническую симптоматику, характерную для развития сердечной недостаточности, вероятным диагнозом является миокардит вирусной этиологии
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Подтверждение диагноза лабораторными методами
Э	-	Клинический анализ крови – неспецифические изменения Биохимические и иммунные маркёры миокардиального повреждения – наиболее специфично определение тропонина и его изоферменты (тропонин I и тропонин T).

		<p>- Повышение активности ЛДГ и КФК недостаточно специфично и чаще отражает активность и генерализацию общего инфекционного процесса.</p> <p>-Повышение активности сердечных изоферментов МВ-КФК, ЛДГ1 и ЛДГ2 более специфично</p> <p>- Бактериологическое и вирусологическое исследования крови и других биологических жидкостей, серологические и иммуноферментные методы, ПЦР позволяют установить бактериальную или вирусную этиологию болезни.</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
V	3	Подтверждение диагноза инструментальными методами
Э	-	<p>- Инструментальные исследования</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• При рентгенографическом исследовании определяют увеличение размеров сердца, с увеличением кардио-торакального индекса более 0,6–0,7. Характерно изменение конфигурации сердца со сглаженностью контуров и развитием сферичности («шарообразности»), возможны признаки венозного застоя в лёгких, умеренный плевральный выпот.</li> <li>• ЭКГ-изменения характеризуются преходящими нестойкими неспецифическими изменениями реполяризации в виде изоэлектричности или депрессии более чем в трёх отведениях сегмента ST, в виде уменьшения амплитуды, изоэлектричности, инверсии зубца T. Часто наблюдают снижение вольтажа зубцов комплекса QRS, различные виды блокад ножек пучка Гиса, АВ-блокад, нарушения ритма</li> <li>• При Эхо-КГ определяют отёк миокарда, умеренную дилатацию полостей сердца, снижение показателей насосной (фракция выброса левого желудочка) и сократительной функции миокарда. В доплеровском режиме можно выявить относительную митральную и трикуспидальную недостаточность, нарушение диастолической функции левого желудочка. При наличии признаков перикардита количественно оценивают перикардальный выпот</li> <li>• Радионуклидные методы исследования и особенно новые радиологические методы одновременного изучения метаболизма и функции миокарда достаточно информативные для дифференциальной диагностики обратимых (воспалительных и ишемических) и необратимых (деструктивных) миокардиальных изменений, уточнения или установления диагноза.</li> </ul>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
V	4	Принципы терапии
Э	-	Лечение направлено на купирование застойной сердечной недостаточности (гликозиды, диуретики, ингибиторы АПФ, гормоны, парентеральные и пероральные формы метаболических ЛС), нарушение водно-электролитного баланса, дезинтоксикацию, иммунокорректирующую терапию, в тяжелых случаях –

		противовирусную терапию
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Дифференциальный диагноз
Э	-	Проводят с ВПС, неинфекционными кардиомиопатиями, пневмонией с развитием вторичной сердечной недостаточностью, обменными болезнями с поражением миокарда
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	038
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Доношенный полновесный мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей, от 1 родов через естественные родовые пути в переднем виде затылочного вставления, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8\9 баллов. Привит гепатит В. Ухудшение состояния на 3 с.ж. Отказ от еды, потеря в весе 13%, ребенок малоконтактный, при крике и сосании – периоральный цианоз. ЧД 65 в мин ЧСС 180 в мин. Пульс на лучевой артерии высокого наполнения, на ногах – не прощупывается. Тоны сердца глухие, ритмичные. Выслушивается короткий систолический шум. Перкуторно границы сердца расширены. Аускультативно дыхание в легких проводится во все отделы, в нижних отделах ослаблено, выслушиваются влажные хрипы, печень +3 см, пастозность конечностей. Пуп ост в скобе, без воспаления. Температура тела 36,7. АД на левой руке 110\75, сатурация 96%
В	1	Предполагаемый диагноз. Чем обусловлено ухудшение состояния
Э	-	Коарктация аорты. Ухудшение состояния обусловлено закрытием артериального протока, развитием сердечной недостаточности, нарушением почечного и мезентериального кровотока
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Характерные данные инструментального обследования
Э	-	Электрокардиограмма соответствует норме с обычным отклонением электрической оси сердца вправо. Более чем у половины больных с СН регистрируют изменения, характерные для хронической ишемии миокарда в виде деформации конечной части желудочкового комплекса. Рентгенологическая картина обычно представлена явлениями умеренного венозного застоя в лёгких и увеличением размеров сердца. При резко сниженной сократительной способности миокарда развивается кардиомегалия. ЭхоКГ выявляет сужение просвета аорты с активной пульсацией выше этого места, постстенотическое расширение аорты, гипертрофия и дилатация

		желудочков. При использовании доплер-методики регистрируют турбулентный кровоток в месте сужения аорты и сниженный кровоток в брюшном отделе аорты.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	3	Развитие при отсутствии лечения
Э	-	При отсутствии лечения возможно развитие кардиогенного шока с летальным исходом.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Экстренная терапия
Э	-	Так как коарктация аорты является дуктус-зависимым пороком сердца, в качестве экстренной терапии необходимо ввести препараты простагландинов E (алпростан) для поддержания функционирования артериального протока
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Терапия
Э	-	Терапия состоит из основных компонентов: • снижение потребностей организма в кислороде путём ограничения физической активности и создания комфортных температурных условий; • инфузия простагландинов группы E для поддержания проходимости ОАП; • инотропная терапия при низком сердечном выбросе; • диуретики в случае застойной СН; • коррекция метаболического ацидоза с помощью натрия гидрокарбоната; • ИВЛ для уменьшения потребностей в сердечном выбросе; • оперативное лечение – радикальная коррекция порока.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	039
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Новорожденная девочка от матери 29 лет с отягощенным соматическим (хр.пиелонефрит, хр герпетическая инфекция, НИЦД по гипотоническому типу), отягощенным АГА (рубец на матке после кесарева сечения), от 2 беременности, протекавшей на фоне бактериального вагиноза, кандидоза угрозы прерывания, анемии средней степени тяжести. Роды 2 преждевременные в сроке 34 недели гестации. Профилактика СДР не проводилась. I период-5 ч 20 мин; II период 10 мин БП- 6 час. Воды: светлые. При рождении: Масса 1910 г Длина 45 см О.головы 30 см О.груди 28 см.

		Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Закричала сразу. Крик громкий, прерывистый, стонущий. Мышечный тонус флексорный, соответствует сроку гестации. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 136 в мин. ЧД 64 в мин. Дыхание регулярное с втяжением межреберий и грудины на вдохе. Аускультативно дыхание ослаблено по всем полям, хрипов нет. Сатурация 92% без дополнительного кислорода. К 10 мин жизни на самостоятельном дыхании с дотацией дополнительного кислорода, ЧД 78 в мин, аускультативно дыхание резко ослаблено по всем полям, хрипы не выслушиваются, грубое западение грудины на вдохе. Сатурация 90-92% Без дополнительного кислорода сатурация 80-85%. По газам крови рН 7,23 PCO2 82 PO2 43 BE -12 HCO3 16, лактат 1,9 В клиническом анализе крови лейкоциты $48,6 \cdot 10^9$ эритроциты $6,26 \cdot 10^{12}$ , Hb 215 г/л, Ht 68% тромбоциты $279 \cdot 10^9$
В	1	Дайте оценку физического развития
Э	-	По антропометрическим данным соответствует сроку гестации в среднем диапазоне. Физическое развитие среднее гармоничное.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Ваш предполагаемый диагноз
Э	-	Учитывая срок гестации, отсутствие профилактики СДР в родах, нарастающую дыхательную недостаточность, наиболее вероятный предполагаемый диагноз - Синдром дыхательных расстройств. Однако учитывая инфекционный анамнез матери и наличие лейкоцитоза нельзя исключить врожденную пневмонию.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Оцените динамику состояние ребенка, проведенные мероприятия
Э	-	У недоношенного ребенка при отсутствии интранатального поражения ЦНС с рождения имеются признаки дыхательной недостаточности, которые нарастают в динамике. В данном случае с 1х минут жизни данному ребенку было показано проведение назального СРАР, что вероятно позволило бы избежать нарастания дыхательной недостаточности.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Какая респираторная терапия показана ребенку.
Э	-	К 10 мин жизни ребенок имеет оценку по шкале Сильверман 8 баллов. Необходимо провести интубацию трахеи, эндотрахеально ввести 200 мг\кг курсурфа и начать аппаратную ИВЛ.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	5	Тактика лечения
Э	-	Перевод в ОРИТ. Выхаживать в условиях теплового комфорта, мониторинг ЧСС, сатурации, температуры тела, диуреза. ИВЛ, заместительная терапия сурфактантом, максимально ранняя экстубация с переводом на СРАР, инфузионная терапия, трофическое питание, антибактериальная терапия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	040
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 28 и 5/7 недели, родился с весом 1380г, ростом 39 см, окружностью головы 27 см, груди 24 см. На 5 с.ж. вес ребенка – 1250г Состояние ребенка тяжелое за счет незрелости, дыхательных нарушений. Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Б.р. не выбухает, не напряжен. Выхаживается в кювезе. Кожа, слизистые чистые, иктеричные. Тоны сердца ритмичные, уд. звучности. ЧСС 142 в мин АД 56/38 ср 36 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. Респираторная поддержка п-СРАР Fi O2 0,3 РЕЕР +6 Механика дыхания удовлетворительная Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95% По газам крови рН 7,38 PCO2 49 PO2 52 BE – 3 HCO3 21 лактат 1,2. Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул отходит, по желудочному зонду отделяемого нет. Темп диуреза 2,4 мл/кг/ч. Получает энтеральное питание 3 мл x 8 р\д через зонд. Получает ИТ 130 мл\кг\сут Белок 3 г\кг\с Жиры 2,5 г\кг\сут Углеводная нагрузка 8 мг\кг\мин. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты $42,6 \cdot 10^9$ эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ , Hb 189 г/л, Ht 59% тромбоциты $279 \cdot 10^9$ В клиническом анализе крови на 5 с.ж. $25,6 \cdot 10^9$ п/я 4%, с/я 43% Э 2%, М 8% Л 43% эритроциты $4,4 \cdot 10^{12}$ , Hb 168 г/л, Ht 53% тромбоциты $380 \cdot 10^9$ Сах крови – 3,4 ммоль\л
В	1	Оцените антропометрические данные
Э	-	Ребенок соответствует сроку гестации. Физическое развитие выше среднего, гармоничное
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оцените статус ребенка на 5 с.ж.
Э	-	Состояние ребенка соответствует сроку гестации и течению респираторного дистесс-синдрома, коррекции не требует. Убыль массы тела 9%, в допустимых пределах. Неврологический статус

		соответствует сроку гестации и тяжести состояния, патологической неврологической симптоматики нет. Гемодинамических нарушений нет. Темп диуреза достаточный
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	3	Оцените лабораторные данные
Э	-	По газам крови компенсирован, оксигенирован достаточно. В клиническом анализе крови при рождении отмечался выраженный лейкоцитоз, в динамике на 5 с.ж. снижение уровня лейкоцитоза, показатели в пределах нормы
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Объем терапии
Э	-	Продолжить СРАР в прежнем объеме, инфузионная терапия в объеме 140 – 150 мл\кг\сут. Расширение энтерального питания – по 5 мл x 8 р\д. Парэнтеральное питание с дотацией белка до 3,5 г\кг\сут, дотация жиров 3 г\кг\сут, углеводная нагрузка 10 мг\кг\мин. Антибактериальная терапия ампициллин 100 мг\кг\сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Сформулируйте диагноз
Э	-	Недоношенность 28 и 5\7 нед. Очень низкая масса тела при рождении. Соответствует сроку гестации. Постконцептуальный возраст 29 и 3\7 нед. Респираторный дистресс синдром Дыхательная недостаточность 2 ст. Риск реализации внутриамниотической инфекции
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	041
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 26 и 3\7 недели, родился с весом 790 г, ростом 33 см, окружностью головы 23 см, груди 22 см. На 15 с.ж. вес ребенка – 1050г ростом 35 см, окружностью головы 25 см Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Б.р. не выбухает, не напряжен. Выхаживается в кювезе. Кожа, слизистые чистые, субиктеричные. Тоны сердца ритмичные, уд. звучности. ЧСС 142 в мин АД 56/38 ср 36 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. Респираторная поддержка n-CPAP Fi

		<p>O2 0,3 РЕЕР +6 Механика дыхания удовлетворительная  Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95% По газам крови рН 7,38 PCO2 49 PO2 52 BE – 3 HCO3 21 лактат 1,2. Живот мягкий подвздут, петли кишечника контурируются, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Получает энтеральное питание смесью пре-Нутрилон «0» по 25 мл х 8 раз в сутки через зонд микроструйно за 1 час. Стул отходит, по желудочному зонду от 2 до 5 мл остаточного объема створоженной смеси с примесью желчи. Темп диуреза 4,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты <math>42,6 \cdot 10^9</math> эритроциты <math>4,3 \cdot 10^{12}</math>, Hb 189 г/л, Ht 59% тромбоциты <math>279 \cdot 10^9</math>  Получает антибактериальную терапию ампициллин+амикацин. В клиническом анализе крови к 15 с.ж. лейкоциты <math>12 \cdot 10^9</math> п/я 2%, с/я 32% Э 2%, М 12% Л 52% эритроциты <math>3,4 \cdot 10^{12}</math>, Hb 168 г/л, Ht 42% тромбоциты <math>380 \cdot 10^9</math> Билирубин 120 мкмоль/л. На 17 с.ж. отмечается ухудшение состояния ребенка, синдром угнетения ЦНС, сероватый колорит кожных покровов, вздутие живота, передняя брюшная стенка напряжена, по желудочному зонду получено 15 мл содержимого изумрудного цвета, стула нет в течение суток. В клиническом анализе крови лейкоциты <math>3,8 \cdot 10^9</math> мета – 3%, миело 4% п/я 22%, с/я 32% Э 2%, М 22% Л 15% эритроциты <math>3,2 \cdot 10^{12}</math>, Hb 145 г/л, Ht 32% тромбоциты <math>120 \cdot 10^9</math>.</p>
В	1	Оцените антропометрические данные при рождении и динамику веса на 15 с.ж.
Э	-	По антропометрическим данным соответствует сроку гестации. Физическое развитие среднее, гармоничное. Вес на 15 с.ж. соответствует сроку гестации в 50 центильном коридоре, весовая прибавка удовлетворительная
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оцените состояние ребенка на 15 с.ж. и лабораторные данные
Э	-	Состояние ребенка соответствует сроку гестации и течению респираторного дистресс-синдрома. Респираторная поддержка коррекции не требует. Отмечается клинические симптомы угнетения ЦНС. Гемодинамических нарушений нет. Темп диуреза достаточный. Отмечается умеренное нарушение толерантности к энтеральному питанию, которое можно расценить как начальные проявления НЭК. Объем энтерального питания избыточен. В клиническом анализе крови на 15 с.ж. показатели в пределах нормы, отмечается умеренная гипербилирубинемия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Причина ухудшения состояния на 17с.ж.
Э	-	Ухудшение состояния вероятно обусловлено развитием некротического энтероколита, пареза кишечника и динамической кишечной непроходимости. Учитывая напряжение передней

		брюшной стенки, симптомы интоксикации необходимо исключить перфорацию кишечника и перитонит. Провоцирующим фактором в данной ситуации могло послужить избыточный объем энтерального питания (объем 190 мл\кг\сут, белок 4,9 г\кг\сут)
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
V	4	Сформулируйте диагноз на 17 с.ж.
Э	-	Недоношенность 26 и 3/7 нед Экстремально низкая масса тела при рождении. Соответствует сроку гестации. Постконцептуальный возраст 28 и 6/7 нед. Синдром дыхательных расстройств Дыхательная недостаточность 2 ст. Желтуха недоношенных. Некротический энтероколит. Перфорация кишечника? Перитонит?
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
V	5	Какое обследование надо провести для исключения предполагаемых осложнений
Э	-	УЗИ брюшной полости. Обзорная рентгенограмма брюшной полости вертикально или лежа в прямой и боковой проекции.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	042
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 26 и 3/7 недели, родился с весом 730г, ростом 33 см, окружностью головы 23 см, груди 22 см. На 15 с.ж. вес ребенка – 1050г ростом 35 см, окружностью головы 25 см Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Б.р. не выбухает, не напряжен. Выхаживается в кювезе. Кожа, слизистые чистые, субиктеричные. Тоны сердца ритмичные, уд. звучности. ЧСС 142 в мин АД 56/38 ср 36 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. Респираторная поддержка n-CPAP Fi O2 0,3 РЕЕР +6 Механика дыхания удовлетворительная Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95% По газам крови рН 7,38 PCO2 49 PO2 52 BE – 3 HCO3 21 лактат 1,2. Живот мягкий, не вздут, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Получает энтеральное питание смесью пре-Нутрилон «0» по 18 мл х 8 раз в сутки через зонд микроструйно за 1 час, усваивает. Стул отходит, по желудочному зонду от 2 до 5 мл остаточного объема створоженной смеси с примесью желчи. Темп диуреза 4,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты $42,6 \cdot 10^9$ эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ , Hb

		189 г/л, Нт 59% тромбоциты $279 \cdot 10^9$ Получает антибактериальную терапию ампициллин+амикацин. В клиническом анализе крови к 15 с.ж. лейкоциты $12 \cdot 10^9$ п/я 2%, с/я 32% Э 2%, М 12% Л 52% эритроциты $3,4 \cdot 10^{12}$ , Нб 168 г/л, Нт 42% тромбоциты $380 \cdot 10^9$ Билирубин 129 мкмоль/л На 17 с.ж. отмечается ухудшение состояния ребенка, нарастание дыхательной недостаточности, увеличение потребности в дополнительном кислороде, отмечаются эпизоды апное и десатураций, живот подвздут, доступен пальпации, по желудочному зонду до $\frac{1}{2}$ объема питания без патологических примесей. Тоны сердца ритмичные, выслушивается грубый систолический шум на основании сердца, проводится экстракардиально. В клиническом анализе крови лейкоциты $13,8 \cdot 10^9$ п/я 2%, с/я 28% Э 1%, М 22% Л 47% эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}$ , Нб 145 г/л, Нт 32% тромбоциты $220 \cdot 10^9$ .
В	1	Оцените антропометрические данные при рождении и динамику веса на 15 с.ж.
Э	-	По антропометрическим данным соответствует сроку гестации. Физическое развитие среднее, гармоничное. Вес на 15 с.ж. соответствует сроку гестации в 50 центильном коридоре, весовая прибавка удовлетворительная
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оцените состояние ребенка на 15 с.ж. и лабораторные данные
Э	-	Состояние ребенка соответствует сроку гестации и течению респираторного дистресс-синдрома. Респираторная поддержка коррекции не требует. Отмечается клинические симптомы угнетения ЦНС. Гемодинамических нарушений нет. Темп диуреза достаточный. Объем энтерального питания адекватный. В клиническом анализе крови на 15 с.ж. показатели в пределах нормы, отмечается умеренная гипербилирубинемия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Причина ухудшения состояния на 17с.ж.
Э	-	Ухудшение состояние вероятно обусловлено гемодинамически значимым ОАП
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Подтверждение диагноза
Э	-	Для подтверждения диагноза необходимо провести Эхо-КГ с оценкой гемодинамической значимости ОАП:: ~ Диаметр ОАП >1,5 мм ~ Шунтирование крови слева направо + Дополнительные критерии: 1) переполнения малого круга кровообращения: (Отношение размеров левого предсердия к корню аорты. (LA/Ao)

		<p><math>\geq 1,5</math>, ~ Диастолическая скорость кровотока в легочной артерии (ЛА) <math>\geq 0,42</math> м/с, Отношение сердечного выброса левого желудочка к кровотоку в верхней полой вене. <math>&gt;4,0</math>, Сердечный выброс левого желудочка (СВЛЖ) <math>\geq 300</math>мл/кг/мин, Отношение конечного диастолического размера левого желудочка к размеру корня аорты <math>&gt;2,1</math></p> <p>2) обеднения большого круга кровообращения: ~ Индекс сосудистой резистентности (Ri) передней мозговой артерии <math>&gt;0,8</math> ~ Ретроградный кровоток в почечной и/или мезентериальной артериях («маятникообразный» кровоток) ~ Ретроградный кровоток в постдуктальной аорте <math>&gt; 50\%</math> антеградного кровотока</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Возможное лечение
Э	-	<p>Медикаментозное закрытие ОАП ибупрофеном. Курс терапии состоит из трёх внутривенных введений препарата с интервалами между введениями 24 ч. Доза ибупрофена рассчитывается в зависимости от массы тела: ♣ 1-е введение: 10 мг/кг; ♣ 2-е и 3-е введение: 5 мг/кг</p> <p>Оперативное закрытие ОАП</p>
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	043
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 28 и 5/7 недели, родился с весом 1030, ростом 38 см, окружностью головы 26 см, груди 24 см. Выхаживался в кювезе. Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Б.р. не выбухает, не напряжен. Кожа, слизистые чистые, иктеричные. Тоны сердца ритмичные, уд. звучности. ЧСС 142 в мин АД 62/46 ср 44 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. На ИВЛ Fi O2 0,3 Pвд 23 Pвыд +6 ЧД 30 Механика дыхания удовлетворительная. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95% По газам крови pH 7,54 PCO2 18 PO2 52 BE + 3 HCO3 25 лактат 1,2 натрий 156 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул отходит, по желудочному зонду отделяемого нет. Темп диуреза 6,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты <math>42,6 \cdot 10^9</math> эритроциты <math>4,3 \cdot 10^{12}</math>, Hb 189 г/л, Ht 59% тромбоциты <math>149 \cdot 10^9</math> На 3 с.ж. вес ребенка – 1250г Состояние с ухудшением за счет синдрома угнетения ЦНС, мышечный тонус снижен, реакция на осмотр резко снижена, отмечаются частые эпизоды апное, судорожная готовность, окружность головы 26,5, Б.р.</p>

		выполнен, не напряжен, сагиттальный шов 0,3 см. Гемодинамика нестабильная, требует назначения вазопрессорных препаратов. Живот подвздут, доступен пальпации, Стул был. Темп диуреза 6,8 мл\кг\ч В клиническом анализе крови 25,6*10 <sup>9</sup> п/я 4%, с/я 43% Э 2%, М 8% Л 43% эритроциты 2,3*10 <sup>12</sup> , Нв 134 г/л, Нт 35% тромбоциты 128*10 <sup>9</sup>
В	1	Оценить физическое развитие при рождении
Э	-	По антропометрическим данным соответствует сроку гестации. Физическое развитие среднее, гармоничное.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Причина ухудшения состояния
Э	-	Учитывая недоношенность, патологическую неврологическую симптоматику, нарастание окружности головы на фоне избыточных параметров ИВЛ с развитием респираторного алкалоза, избыточной инфузионной терапии с развитием выраженного отека мозга, гипернатриемии и артериальной гипертензии, ухудшение состояния вероятно связано с развитием внутрижелудочкового кровоизлияния 3 степени
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Какие исследования для подтверждения диагноза
Э	-	СМЖ — значительная примесь крови (по микроскопической характеристике и количеству эритроцитов определяют время возникновения кровотечения и его интенсивность), часто отмечается реактивный плеоцитоз, повышение уровня белка. При спинномозговой пункции определяют повышенное давление СМЖ. Такая диагностическая манипуляция проводится по строгим показаниям и с соблюдением всех мер осторожности вследствие высокого риска вклинения ствола головного мозга в большое затылочное отверстие или развития окклюзии ликворопроводящих путей сгустками крови. НСГ — обширная гиперэхогенная область перивентрикулярной локализации (геморрагический инфаркт чаще односторонний в лобно-теменной области), боковой желудочек на стороне кровоизлияния практически не визуализируется, КТ, МРТ, позитронно-эмиссионная томография — не имеют диагностических преимуществ в периоде новорожденности перед НСГ. ДГ — на начальных стадиях наблюдаются снижение систолодиастолической скорости кровотока и увеличение индекса резистентности.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	4	Принципы терапии
Э	-	Коррекция параметров ИВЛ, коррекция водно-электролитного баланса, коррекция гемодинамических нарушений, антибактериальная терапия. Контроль НСГ. Оперативное лечение – разгрузочные вентрикулярные пункции, наружное дренирование, эндоскопическое отмывание тромбов. При развитии окклюзионной гидроцефалии – шунтирующие операции
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Прогноз
Э	-	Прогноз зависит от степени внутрижелудочкового кровоизлияния, развития окклюзионной гидроцефалии, атрофических и кистозных изменений головного мозга, присоединения инфекции с развитием вентрикулита и менингоэнцефалита. Прогноз для жизни и выздоровления серьезный
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	044
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Новорожденный мальчик, от 3 беременности на фоне хронического пиелонефрита вне обострения, многоводия. Роды 2 срочные рожденный на сроке гестации 38 недель с весом 3630г ростом 522 см окружностью головы 34 см окружностью груди 33 см. Оценка по шкале Апгар 8\9 баллов. С 1х с.ж. находился совместно с матерью, на грудном вскармливании, сосет активно, периодически необильно срыгивает сразу после кормления. Лактация у матери достаточная. Привит по возрасту. Задержан в родильном доме по состоянию матери. Мать отмечает в динамике увеличение объема срыгиваний. На 6 с.ж. обильно срыгивает с примесью «зелени», живот пподвздут, доступен пальпации, стул и газы отходят. Клинически – угнетение ЦНС.
В	1	Предполагаемый диагноз
Э	-	ВПП кишечника? Синдром мальротации (синдром Ледда?)
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Подтверждение диагноза
Э	-	На обзорной рентгенограмме брюшной полости в вертикальном положении, прямой проекции определяется большой желудок с уровнем жидкости, может визуализироваться второй уровень. Газонаполнение кишечника неравномерное или отсутствует. Для уточнения диагноза выполняют иригографию.

		УЗИ брюшной полости - симптомом нарушения вращения является спиралевидный ход сосудов брыжейки.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	3	Тактика в родильном доме
Э	-	Перевод ребенка в ПИТ, снять с энтерального питания, поставить разгрузочный желудочный зонд. Начать инфузионную терапию и частичное парэнтеральное питание. Начать антибактериальную терапию. Согласовать перевод ребенка в хирургический стационар в срочном порядке
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Лечение
Э	-	Хирургическая коррекция порока. Инфузионная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений. Парентеральное питание. Антибактериальная терапия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Прогноз и возможные осложнения
Э	-	При своевременной коррекции порока, благоприятный. При несвоевременном лечении возможен некроз кишки, перфорация, перитонит. В этом случае прогноз неблагоприятный
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	045
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Беременность 1 у женщины 22 лет, соматический анамнез неотягощен, находилась на учете в женской консультации с 10 недель, беременность желанная. В время беременности отмечалась анемия легкой степени, токсикоз 1 половины беременности, бактериальный вагиноз на сроке гестации 13/14 нед, пролечен. УЗИ не проведено (отказ женщины от обследования). Роды 1 срочные, через естественные родовые пути в переднем виде головного предлежания. 1 период 11 часов 35 мин, 2 период 10 мин, безводный промежуток 8 часов 10 мин. Воды светлые 1,5 литра. Родился мальчик с весом 2850 г ростом 48 см. Крик после тактильной стимуляции, средней силы, короткий, стонущий. Мышечный тонус снижен, кожные покровы цианотичны, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, аускультативно дыхательные шумы слева не выслушиваются, справа дыхание ослаблено. Тоны сердца выслушиваются по правому краю грудины. Пульс на периферических артериях слабого наполнения,

		ЧСС 170 в мин. Живот запавший
В	1	Предполагаемый диагноз
Э	-	Диафрагмальная грыжа. Диагноз основан на клинической симптоматике: признаки дыхательной недостаточности, цианоз, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, аускультативно дыхательные шумы слева не выслушиваются, справа дыхание ослаблено. Тоны сердца выслушиваются по правому краю грудины. Пульс на периферических артериях слабого наполнения. Живот запавший
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Основные патогенетические звенья, определяющие тяжесть состояния
Э	-	- недоразвитие (гипоплазия) легкого на стороне поражения, - сдавление находящимися в грудной клетке органами брюшной полости средостения, которое, смещаясь, в свою очередь, сдавливает противоположное легкое. - легочная гипертензия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Объем первичных мероприятий.
Э	-	Первыми мероприятиями, облегчающими состояние ребенка с диафрагмальной грыжей, должны быть постоянно поддерживаемое возвышенное положение на боку, на стороне грыжи и максимальное освобождение кишечника и желудка от воздуха при помощи постоянного назогастрального зонда и газоотводной трубки. При необходимости проводить ребенку с диафрагмальной грыжей ИВЛ осуществлять ее следует на фоне введения миорелаксантов, допамина и используя невысокие параметры вентиляции
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Подтверждение диагноза
Э	-	Обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости. На рентгенограммах (желательно в вертикальном положении в двух проекциях) при диафрагмальной грыже в грудной клетке видны кишечные петли, а иногда и желудок, в виде разных по размерам ячеистых воздушных образований. Сердце резко смещено в противоположную сторону и «прижато» к противоположной грудной стенке. Очень важный рентгенологический симптом, подтверждающий диагноз диафрагмальной грыжи, — резкое снижение газонаполнения кишечных петель в животе, поскольку основная их масса находится в грудной клетке.
P2	-	Дан полный развернутый ответ

P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Дифдиагноз и возможные осложнения
Э	-	Дифдиагностика: пневмоторакс, поликистоз легкого, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, аномалии легких и бронхов. Осложнения: Пневмоторакс. Персистирующая легочная гипертензия. Кардиогенный шок.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	046
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Новорожденный мальчик, рожденный на сроке гестации 36 неделя с весом 1960 г ростом 45 см окружностью головы 33 см окружностью груди 28 см. В клиническом анализе крови на 1 с.ж. – лейкоциты $19,6 \cdot 10^9$ п/я 4%, с/я 26% Э 2%, М 8% Л 60% эритроциты $2,3 \cdot 10^{12}$ , Hb 269 г/л, Ht 75% тромбоциты $170 \cdot 10^9$
B	1	Оцените лабораторные данные
Э	-	В клиническом анализе крови – уровень лейкоцитов в пределах нормы, относительный лимфоцитоз, полицитемия
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	2	Оцените физическое развитие
Э	-	По росту и окружности головы – соответствует сроку гестации, по весу ниже 10 центиля. Отмечается задержка внутриутробного развития по типу гипотрофии
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	3	Сформулируйте диагноз
Э	-	Недоношенность 36 недель. Маловесный для гестационного возраста. Неонатальная полицитемия
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	4	Возможные осложнения периода адаптации
Э	-	Нарушения терморегуляции, неонатальная гипогликемия, синдром апное, нарушение толерантности к энтеральной нагрузке, формирование перивентрикулярной лейкомаляции, двигательных нарушений, судорожных состояний.

P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	5	Обследование и лечение
Э	-	Клинический анализ крови, определение маркеров инфекционного процесса, мониторинг гликемии, обследование на ВУИ методами ПЦР и ИФА, УЗИ внутренних органов. Терапия: обеспечение комфортных условий окружающей среды, энтеральное питание под контролем состояния ЖКТ, инфузионная терапия при необходимости – парентеральное питание, антибактериальная терапия.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
H	-	047
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Ребенок рожден от 1-ой беременности, протекавшей с ОПГ-гестозом, ФПН, на фоне гипертонической болезни, 1-ых преждевременных родов на 27 неделе гестации весом 800 г., длиной - 34 см., окр головы 24 см, окр груди 22 см, с оценкой по Апгар 3/5 баллов. С рождения состояние очень тяжелое, клиника РДС, кожные покровы бледно-иктеричные, склонность к брадикардии. В неврологическом статусе превалировала симптоматика угнетения ЦНС. На НСГ диагностировано ВЖК III ст. На 14-е сутки жизни состояние с отрицательной динамикой, стали отмечаться подъемы t тела до 38°, появились признаки гиперестезии, серый колорит кожных покровов. Гемограмма Эр-2,1 x 10 <sup>12</sup> /л, НВ- 95 г/л, Le- 18,6 x 10 <sup>9</sup> /л, П- 12, С-67, Л- 19, М-2. С диагностической целью проведена люмбальная пункция, ликор вытекал частыми каплями, ксанохромный, реакция Пандии ++, белок- 0,4 г/л, цитоз- 2350 клеток (нейтрофилы- 2125, лимфоциты- 125, макрофаги- 100), выщелочные эритроциты -20-35-47 п/зрения.
B	1	Оцените физическое развитие при рождении
Э	-	По антропометрическим данным соответствует сроку гестации. Физическое развитие среднее гармоничное
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
B	2	Чем обусловлено ухудшение состояния на 14 с.ж.
Э	-	Ухудшение состояния на 14 с.ж. обусловлено присоединением вторичной инфекции с развитием менингита
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

В	3	Сформулируйте диагноз исходя из имеющихся данных на 14 с.ж.
Э	-	Недоношенность 27 недель. Экстремально низкая масса тела при рождении. Соответствует сроку гестации. Постконцептуальный возраст 29 специфичная для перинатального периода: менингит.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Возможные осложнения
Э	-	Ранние осложнения: Отек головного мозга, нарушение мозгового кровообращения, развитие судорожного синдрома. При прогрессировании отека мозга - возможна дислокация его ствольных отделов с последующим вклиниванием их в большое затылочное отверстие, развитием вторичных ствольных симптомов: кома, нарушение ритма и глубины дыхания, приступы апноэ, падение системного АД, нарушение ритма сердца (чаще брадикардия или брадиаритмия). В редких случаях возможно развитие бульварных и псевдобульбарных нарушений. Развитие септического шока, ДВС-синдрома. Поздние осложнения: венитрикулит или эпендиматит, абсцессы головного и спинного мозга, различные формы гидроцефалии.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Лечение
Э	-	Начать антибактериальную терапию (если не проводилась ранее) или сменить антибактериальную терапию. Учитывая сроки развития клинической картины в данном случае, мы имеем дело с поздним менингитом, поэтому антибактериальная терапия должна быть начата цефалоспоридами 3 поколения, или карбапенемами монотерапией или в сочетании с амикацином или при подозрении на стафилококковую этиологию - ванкомицином сочетанием ампициллина и гентамицина. Эффективность антибактериальной терапии оценивают по клиническим данным и результатам микроскопии СМЖ, повторное исследование которой проводят не позднее 48-72 ч от начала лечения. Если через 48-72 ч от начала эмпирической антибактериальной терапии не происходит явного клинико-лабораторного улучшения, то производят смену схемы антибактериального лечения. В комплексном лечении необходимо проводить инфузионную, иммунокорректирующую и противосудорожную терапию, коррекцию кислотно-основных и метаболических нарушений.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	048
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У	-	Недоношенный 32 недели гестации ПКВ 35 недель гестации. При рождении вес 1180 рост 40 см, окружность головы 28 см На момент осмотра вес 2058г рост 44 см, окружность головы 32 см. Усваивает 1/3 физиологического объема питания смесью пре-Нутрилон «0».
В	1	Оценить физическое развитие при рождении.
Э	-	По антропометрическим данным при рождении по росту и окружности головы – соответствует сроку гестации. По весу ниже 10 центиля. Задержка внутриутробного развития по типу гипотрофии
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оценить физическое развитие при осмотре.
Э	-	По антропометрическим данным при осмотре – соответствует сроку гестации
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Рассчитать энтеральное питание
Э	-	Ребенок усваивает 1/3 энтерального объема в возрасте 21 с.ж., т.е. исходя из физ потребности в 160 мл/кг/сут, получает питание в объеме 13 мл x 8 р/д., что составляет примерно 50 мл/кг/сут. Белок – 1,3 г/кг/сут. Жиры – 1,97 г/кг/сут Углеводы 4,2 г/кг/сут. Энергия – 40 ккал/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Рассчитать объем инфузионной терапии
Э	-	Учитывая объем энтерального питания, объем инфузионной терапии составляет 110 мл/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Рассчитать парэнтеральное питание
Э	-	Исходя из расчета энтерального питания с парентеральным питанием ребенок должен получить Белок – 2,2 г/кг/сут – 45 мл 10% аминокислот. Жиры – 1,53 г/кг/сут – 7,6 мл 20% липофундина Углеводы 7,8 г/кг/сут – 169 мл 10% р-ра глюкозы. Дотация кальция (Глюконат кальция 10% - 4 мл)
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
Н	-	049

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Недоношенный 28 недель гестации. При рождении вес 1052г Рост 35 см Окр головы 25 см. При осмотре ПКВ 32 недели гестации. На момент осмотра вес 1180 рост 40 см, окружность головы 28 см. Усваивает 1/2 физиологического объема питания смесью пре-Нутрилон «0».
В	1	Оценить физическое развитие при рождении.
Э	-	По антропометрическим данным при рождении – соответствует сроку гестации.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оценить физическое развитие при осмотре.
Э	-	По антропометрическим данным при осмотре – по росту и окружности головы - соответствует сроку гестации. По весу ниже 10 центиля – постнатальная гипотрофия
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Рассчитать энтеральное питание
Э	-	Ребенок усваивает 1/2 энтерального объема в возрасте 28 с.ж., т.е. исходя из физ потребности в 160 мл/кг/сут, получает питание в объеме 12 мл x 8 р/д., что составляет примерно 80 мл/кг/сут. Белок – 2,1 г/кг/сут. Жиры – 3,1 г/кг/сут Углеводы 6,8 г/кг/сут. Энергия – 64 ккал/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Рассчитать объем инфузионной терапии
Э	-	Учитывая объем энтерального питания, объем инфузионной терапии составляет 80 мл/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Рассчитать парентеральное питание
Э	-	Исходя из расчета энтерального питания с парентеральным питанием ребенок должен получить Белок – 1,4 г/кг/сут – 16,5 мл 10% аминокислот. Без дотации жировых эмульсий Углеводы 6,2 г/кг/сут – 80 мл 10% р-ра глюкозы. Дотация кальция (Глюконат кальция 10% - 2 мл)
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

Н	-	050
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Недоношенный 28 недель гестации. При рождении вес 1052г Рост 35 см Окр головы 25 см. При осмотре ПКВ 29 недель гестации. На момент осмотра вес 1180 рост 37 см, окружность головы 26 см. Усваивает по 10 мл смеси пре-Нутрилон «0».
В	1	Оценить физическое развитие при рождении.
Э	-	По антропометрическим данным при рождении – соответствует сроку гестации.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	2	Оценить физическое развитие при осмотре.
Э	-	По антропометрическим данным при осмотре – соответствует сроку гестации.
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	3	Рассчитать энтеральное питание
Э	-	Ребенок усваивает по 10 мл х 8 р/д., что составляет примерно 68 мл/кг/сут. Белок – 1,76 г/кг/сут. Жиры – 2,4 г/кг/сут Углеводы 5,69 г/кг/сут. Энергия – 53,5 ккал/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	4	Рассчитать объем инфузионной терапии
Э	-	Учитывая объем энтерального питания, исходя из потребности в 160 мл/кг/сут, объем инфузионной терапии составляет 92 мл/кг/сут
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно
В	5	Рассчитать парентеральное питание
Э	-	Исходя из расчета энтерального питания с парентеральным питанием ребенок должен получить Белок – 1,74 г/кг/сут – 20 мл 10% «Аминовен». Жиры – 1,1 г/кг/сут – 6,5 мл 20% р-ра «Липофундина». Углеводы 6,3 г/кг/сут – 80 мл 10% р-ра глюкозы. Дотация кальция (Глюконат кальция 10% - 2 мл)
P2	-	Дан полный развернутый ответ
P1	-	Ответ дан неполный
P0	-	Ответ дан неверно

## Ситуационные задачи «Медицина чрезвычайных ситуаций»

### Задача 51

М., 27 лет. Во время аварии на ядерной энергетической установке находился в непосредственной близости от активной зоны реактора. Через 30 мин почувствовал слабость, головокружение, появилась головная боль, тошнота, многократная рвота. Доставлен в медико-санитарную часть (МСЧ) через 40 мин после аварии.

МСЧ. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, заторможен. Лицо умеренно гиперемировано. Сохраняется тошнота, вновь была рвота. Пульс 100 в мин, слабого наполнения, АД 110/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Температура тела 37,9 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение (СМУ).

СМУ (15 сут после облучения). После периода относительного благополучия отмечено ухудшение состояния. Появились слабость, озноб, кровоточивость дёсен, кровоизлияния в кожу, кашель с отхождением умеренного количества гнойной мокроты, одышка, боли в грудной клетке, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, жидкий стул. Состояние средней тяжести. Заторможен, вял, видны «синяки» на коже, кровоточат дёсны. Пульс 120 в мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, АД 100/60 мм рт.ст. Частота дыхания 24 в мин. Дыхание жёсткое, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же - звучные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Температура тела 39,2 °С. В анализе крови: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 100 г/л, ретикулоциты единичные в мазке, лейкоциты  $0,6 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $0,2 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $60 \times 10^9/л$ , СОЭ 49 мм/ч. Миелограмма: опустошение костного мозга, уменьшение количества пролиферирующих эритробластов на 30%, митотический индекс 0,2%. Рентгенография органов грудной клетки: усиление лёгочного рисунка; инфильтрация в проекции нижних долей с обеих сторон.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

### Задача 52

Б., 36 лет. Во время аварии на ядерной энергетической установке находился в непосредственной близости от активной зоны реактора. Через 5 мин появилась выраженная общая слабость, неукротимая рвота. Доставлен в МСЧ через 20 мин после аварии.

МСЧ. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, гиподинамичен, выраженная гиперемия лица и инъекция склер, частые позывы на рвоту. Пульс 120 в мин, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт.ст. Дыхание жёсткое, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Температура тела 39,2 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (7 сут после облучения). Состояние тяжёлое. Сознание спутанное. Резкая гиперемия лица, адинамия. Кровоизлияния в кожу, кровоточивость дёсен. Диарея. Пульс 130 в мин, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90/50 мм рт.ст. Частота дыхания 22 в мин, дыхание жёсткое, выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу толстой кишки. В анализе крови: эритроциты  $3,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 100 г/л, ретикулоциты не определяются, лейкоциты  $0,6 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $0,02 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $58 \times 10^9/л$ , СОЭ 38 мм/ч. Миелограмма: опустошение костного мозга, пролиферирующие эритробласты не определяются, митотический индекс 0,1%. Рентгенография органов грудной клетки: усиление лёгочного

рисунка. ЭКГ: синусовая тахикардия (частота сердечных сокращений 124 в мин), единичные Желудочковые экстрасистолы, диффузное нарушение процессов реполяризации.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

### **Задача 53**

К., 24 лет. В результате нарушения правил техники безопасности подверглась общему кратковременному (12 с) относительно равномерному  $\gamma$ -облучению. Примерно через 2,5 часа после происшествия появилась тошнота, умеренно выраженная головная боль, была однократная рвота. Самостоятельно обратилась за медицинской помощью.

МСЧ. Состояние удовлетворительное, несколько возбуждена. Пульс 76 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/75 мм рт. ст. Частота дыхания 16 в минуту, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. ЭКГ в пределах нормы. Температура тела 36,3 °С. Через сутки после облучения произведено исследование периферической крови и костного мозга. Анализ крови: эритроциты  $4,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 124 г/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты  $11 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $1,1 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч. Миелограмма: количество миелокариоцитов  $150 \times 10^9/л$ , некоторое снижение относительного содержания клеток красного ряда (16,4%).

В течение пяти недель состояние пострадавшей оставалось удовлетворительным, никаких жалоб не предъявляла.

Общий анализ крови на 30-е сутки после облучения: эритроциты  $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 120 г/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты  $3,3 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $1,0 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $92 \times 10^9/л$ , СОЭ 16 мм/ч. Миелограмма: количество миелокариоцитов  $100 \times 10^9/л$ , снижение клеток эритроидного ряда до 10,2%. Температура тела 36,3 °С. Госпитализирована в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (38 сут с момента облучения). Состояние удовлетворительное. Пульс 68 в минуту, тоны сердца звучные, АД 120/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, живот безболезненный при пальпации. Нерезкое снижение коленных и ахилловых рефлексов, непостоянная их асимметрия. Общий анализ крови: эритроциты  $4,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 122 г/л, ретикулоциты 2%, лейкоциты  $4,3 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $1,4 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $126 \times 10^9/л$ , СОЭ 12 мм/ч. Миелограмма в пределах нормы. Температура тела 36,6 °С.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

### **Задача 54**

А., 29 лет. В результате несчастного случая подвергся общему кратковременному относительно равномерному  $\gamma$ -облучению. Через 2 ч после облучения появилась общая слабость, тошнота, рвота. Самостоятельно обратился за медицинской помощью примерно через 30 мин после появления жалоб.

МСЧ. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние удовлетворительное, во время осмотра была однократная рвота. Кожные покровы обычной окраски, пульс 90 в мин, ритмичный, тоны сердца звучные. АД 110/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, живот безболезненный при пальпации. Температура тела 37,1 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (3 сут после облучения). Состояние удовлетворительное, жалобы на незначительную общую слабость. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые,

обычной окраски. Пульс 76 в мин, ритмичный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца звучные, АД 120/80 мм рт.ст. Частота дыхания 18 в минуту. Дыхание жёсткое. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Температура тела 36,7 °С. Анализ крови: эритроциты  $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 116 г/л, ретикулоциты 0,2%, лейкоциты  $3,4 \times 10^9/л$ , лимфоциты  $0,5 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $90 \times 10^9/л$ , СОЭ 18 мм/ч. Миелограмма: количество миелокариоцитов  $90 \times 10^9/л$ , снижение количества пролиферирующих эритробластов на 25%, митотический индекс 0,9%.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

### Задача 55

В., 44 лет. Вследствие грубого нарушения правил техники безопасности подвергся общему относительно равномерному кратковременному  $\gamma$ -облучению от промышленной установки. Через несколько минут после облучения возникла неукротимая рвота, выраженная общая слабость, головокружение. В течение последующих 10-15 мин на фоне рвоты дважды был жидкий стул. Из-за выраженной слабости не мог самостоятельно передвигаться и на носилках был доставлен в медицинский пункт предприятия.

Медицинский пункт. Состояние средней тяжести. Заторможен, в контакт вступает с трудом. Выраженная гиперемия лица. Повышенный блеск глаз, лёгкая желтушность склер, озноб. Пульс 110 в мин слабого наполнения, АД 105/70 мм рт.ст. Частота дыхания 22 в мин, дыхание жёсткое. Язык сухой, живот при пальпации болезненный в околопупочной области. Температура тела 39,8 °С. После оказания медицинской помощи эвакуирован в специализированное медицинское учреждение.

СМУ (3 сут после облучения). Состояние тяжёлое. Жалобы на постоянную головную боль, сухость во рту и боли в горле при глотании, боли в животе. В течение суток была однократная рвота, жидкий стул. Сохраняется эритема, отмечается отёчность губ, язычка и нёбных миндалин, отслойка слизистой оболочки губ. Пульс 92 в мин, АД 100/70 мм рт.ст. Частота дыхания 24 в мин - ослабленное в нижних отделах. Пальпация живота болезненна. Температура тела 40,1 °С.

В анализах периферической крови отсутствие лимфоцитов и ретикулоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов, число лейкоцитов  $3,4 \times 10^9/л$ , тромбоцитов  $76 \times 10^9/л$ , СОЭ 39 мм/ч. Результат стерильной пункции: отсутствие пролиферирующих эритробластов и резкое угнетение гранулоцитарного и мегакариоцитарного ростков.

Задание:

- поставьте диагноз;
- обоснуйте объём лечебных мероприятий на этапах первой врачебной и специализированной медицинской помощи;
- предположите исход заболевания.

### Задача 56

Пострадавший И. доставлен на ЭМЭ через 2 часа после завершения работ по ликвидации последствий химической аварии. Жалуется на одышку при физической нагрузке, боли за грудиной, обильное слюнотечение и насморк. Известно, что при выходе из зараженной зоны повредил средства защиты кожи. Примерно через 1,5 ч после этого появились и неуклонно нарастали перечисленные выше симптомы.

При осмотре сознание ясное, кожные покровы влажные, губы синюшные, акроцианоз. Зрачки сужены до 2 мм, реакция на свет вялая.

Миофибрилляции в области правого предплечья и правой кисти. Пульс 66 уд/мин,

ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., число дыханий 26 в минуту, дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, при пальпации определяется болезненность по ходу толстой кишки.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 57**

Пострадавший А. доставлен на ЭМЭ из подразделения. Жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту, головную боль, обильное слюнотечение, появление «сетки» перед глазами. Около получаса назад пил воду из открытого водоисточника.

При осмотре возбужден, стремится занять сидячее положение.

Кожные покровы влажные, цианотичные, видны фибриллярные подергивания мышц языка, лица, конечностей. Зрачки точечные, реакция на свет отсутствует. Пульс 62 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, АД – 140/80 мм рт. ст., число дыханий 32 в минуту, дыхание шумное, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. Живот мягкий, при пальпации

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 58**

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага через 2 ч после применения химического оружия. Жалуется на ухудшение зрения, «туман» перед глазами, боль в глазах и переносице при попытке фиксировать взгляд на каком-либо предмете, затрудненное дыхание. Перечисленные симптомы появились через 15-20 мин после воздействия отравляющего вещества. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре несколько возбужден, рассеян. Кожные покровы влажные, зрачки точечные, на свет не реагируют, конъюнктивы гиперемированы. Пульс 60 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 150/90 мм рт. ст., число дыханий 18 в минуту, дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 59**

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия через 2,5 ч после химической атаки. Жалуется на боли за грудиной, головную боль, головокружение, «туман» перед глазами.

Указанные изменения в состоянии пострадавшего наступили через 10-15 мин после выхода из зараженной зоны. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре апатичен, подавлен. Кожные покровы влажные, зрачки сужены, их реакция на свет ослаблена. Пульс 70 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, шумов нет, АД – 150/90 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

## Задача 60

Пострадавший Б. Доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия через 2 ч после химической атаки. Жалуется на слабость, головную боль, головокружение, ухудшение зрения, чувство страха и тревоги, затрудненное дыхание, тошноту. Со слов пострадавшего, описанные им изменения самочувствия наступили через 15-20 мин после взрыва химического боеприпаса. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре сознание ясное, возбужден, проявляет агрессивность в отношении медперсонала. Кожные покровы влажные, зрачки сужены, их реакция на свет ослаблена. Пульс 62 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., дыхание жесткое, живот безболезненный.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

## ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ «Медицина чрезвычайных ситуаций»

### Задача 51

МСЧ. Диагноз: острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма III (тяжёлой) степени, период первичной реакции.

Диагноз установлен на основании сведений о пребывании пострадавшего в зоне аварии на ядерной энергетической установке, выраженной первичной реакции (слабость, головокружение, головная боль, многократная рвота), развившейся менее чем через час после облучения, клинических проявлений поражения (продолжающаяся рвота, гиперемия лица, гипотония, лихорадка).

Объём помощи:

- санитарная обработка не нужна;
- купирование первичной реакции на облучение - противорвотные препараты (ондансетрон 4 мл 0,2% раствора внутривенно или метоклопрамид 1 мл 1% раствора внутривенно, или диметпрамид\* 2 мл внутривенно);
- коррекция обезвоживания - 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно;
- предупреждение сосудистой недостаточности - фенилэфрин (мезатон\*) 1 мл 1% раствора подкожно или внутримышечно;
- эвакуация в специализированное медицинское учреждение санитарным транспортом.

СМУ. Диагноз: Острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма III (тяжёлой) степени, период разгара.

Диагноз установлен на основании данных медицинской документации предыдущего этапа, клинических проявлений болезни (скрытый период, с 15 дня - геморрагический синдром, инфекционные осложнения), результатов исследования периферической крови и костного мозга.

Объём помощи:

- пострадавшего помещают в асептические условия;
- комплексное лечение острой лучевой болезни (антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, лечение геморрагического синдрома, применение компонентов крови, колониестимулирующих факторов, симптоматическая терапия).

При острой лучевой болезни III (тяжёлой) степени прогноз сомнительный.

### Задача 52

МСЧ. Диагноз: острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма IV (крайне тяжёлой) степени, период первичной реакции.

Диагноз установлен на основании сведений о пребывании пострадавшего в зоне аварии на ядерной энергетической установке, выраженной первичной реакции (сильная общая слабость, неукротимая рвота), развившейся менее чем через 30 мин после облучения, клинических проявлений поражения (гиподинамия, гиперемия лица и инъекция склер, продолжающаяся рвота, гипотония, лихорадка). Объём помощи:

- санитарная обработка не нужна;
- купирование первичной реакции на облучение - противорвотные препараты (ондансетрон 4 мл 0,2% раствора внутривенно или метоклопрамид 1 мл 1 % раствора внутривенно, или диметпрамид\* 2 мл внутривенно);
- коррекция обезвоживания - 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно;
- предупреждение сосудистой недостаточности - фенилэфрин (мезатон\*) 1 мл 1% раствора подкожно или внутримышечно;
- после купирования рвоты и восстановления гемодинамических показателей - эвакуация в специализированное медицинское учреждение санитарным транспортом.

СМУ. Диагноз: Острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма IV (крайне тяжёлой) степени, период разгара.

Диагноз установлен на основании данных медицинской документации предыдущего этапа, непродолжительного скрытого периода, симптомов поражения, выявленных при осмотре (лихорадка, геморрагический синдром, инфекционное поражение лёгких и кишечника), результатов исследования периферической крови и костного мозга. Объём помощи:

- пострадавшего помещают в асептические условия;
- антибактериальная терапия (системные антибиотики, противогрибковые и противовирусные препараты), антистафилококковая плазма\*<sup>7</sup>, иммуноглобулин человека антистафилококковый;
- дезинтоксикационная терапия, иммуномодуляторы;
- лечение геморрагического синдрома (аминокапроновая кислота, переливание тромбоцитарной массы);
- симптоматическая терапия.

При острой лучевой болезни IV степени прогноз неблагоприятный.

### **Задача 53**

МСЧ. Диагноз: острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма I (лёгкой) степени, период первичной реакции.

1. Диагноз установлен на основании анамнестических данных (общение из-за нарушения правил техники безопасности), проявлений первичной реакции (головная боль, однократная рвота через 2 ч после облучения). Подтверждён через сутки результатами общего анализа крови (абсолютная лимфопения) и пунктата костного мозга (относительное снижение содержания клеток красного ряда).

Объём помощи:

- санитарная обработка не нужна;
- дифенгидрамин (димедрол\*) 1 мл 1% раствора внутримышечно, диазепам по 0,005 3 раза в сутки;
- наблюдение в стационаре МСЧ.

СМУ. Диагноз: Острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма I (лёгкой) степени, период восстановления.

Установлен на основании данных анамнеза и медицинской документации предыдущего этапа, продолжительности скрытого периода, моносиндромного (умеренно выраженный гематологический синдром) проявления периода разгара (правильнее - периода

более выраженных клинических проявлений), положительной динамики гематологических показателей.

В дальнейшем лечении в условиях специализированного стационара не нуждается, может быть выписана для продолжения реабилитационных мероприятий.

При острой лучевой болезни I степени прогноз абсолютно благоприятный.

#### **Задача 54**

МСЧ. Диагноз: острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма II (средней) степени тяжести, период первичной реакции.

Диагноз установлен на основании анамнестических сведений (кратковременное облучение в результате несчастного случая), времени появления первичной реакции (через 2 ч после облучения), клинических проявлений болезни, выявленных при осмотре (повторная рвота, субфебрильная температура тела, слабость).

Объём помощи:

- санитарная обработка не нужна;
- купирование рвоты - ондансетрон (латран\*) 4 мл 0,2% раствора внутривенно или метоклопрамид 1 мл 1% раствора внутривенно, дифенгидрамин (димедрол\*) 1 мл 1% раствора внутримышечно,
- эвакуация в специализированное медицинское учреждение санитарным транспортом.

СМУ. Диагноз: Острая лучевая болезнь, костно-мозговая форма II (средней) степени тяжести, скрытый период.

Диагноз установлен на основании данных медицинской документации предыдущего этапа, динамики клинических проявлений (прекращение рвоты, нормализация температуры тела), результатов гематологических исследований (ретикулоцитопения, лимфопения, тромбоцитопения, снижение количества пролиферирующих эритробластов на 25%, изменение митотического индекса).

Объём помощи:

- дезинтоксикационная терапия – гемодез\*, полиглкжин\* и др.;
- антиоксиданты - витамин E *per os* по 150 мг/сут;
- неспецифические стимуляторы метаболизма - поливитаминные комплексы, липоевая кислота;
- для стимуляции кроветворения лития карбонат *per os* по 300 мг 3 раза в сутки;
- седативная терапия;
- симптоматическая терапия;
- санация очагов инфекции;
- за неделю до прогнозируемого развития агранулоцитоза следует назначить антибиотики.

При острой лучевой болезни I степени прогноз абсолютно благоприятный.

#### **Задача 55**

МСЧ. Диагноз; острая лучевая болезнь, крайне тяжёлая (кишечная) форма, период первичной реакции.

Диагноз установлен на основании анамнестических сведений (облучение от промышленной установки), времени появления первичной реакции (несколько минут после облучения), её выраженности (неукротимая рвота, диарея, адинамия), клинических проявлений в момент осмотра (состояние средней тяжести, выраженная гиперемия кожи, высокая температура тела).

Объём помощи:

- купирование рвоты - ондансетрон (латран\*) 4 мл 0,2% раствора внутривенно или метоклопрамид 1 мл 1% раствора внутривенно, или диметпрамид\* 2 мл внутривенно;

- коррекция обезвоживания - 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно;
- дезинтоксикация - 400 мл гемодеза\* внутривенно капельно;
- предупреждение гемодинамических нарушений - фенилэфрин (мезатон\*) 1 мл 1% раствора подкожно или внутримышечно;
- скорейшая эвакуация в специализированное медицинское учреждение специальным транспортом.

СМУ. Диагноз: Острая лучевая болезнь, крайне тяжёлая (кишечная форма, период разгара).

Диагноз установлен на основании данных анамнеза, медицинской документации предыдущего этапа, динамики клинических проявлений (отсутствие скрытого периода, продолжающаяся рвота и диарея, формирование орофарингеального синдрома), результатов гематологических исследований.

Объём помощи:

- пострадавшего помещают в асептические условия;
- комплексная терапия острой лучевой болезни в полном объёме, антибактериальная терапия (системные антибиотики, противогрибковые и противовирусные препараты, антистафилококковая плазма\*, иммуноглобулин человека антистафилококковый);
- дезинтоксикационная терапия (гемодез\*, поливисолин\*, реополиглюкин\*);
- трансплантация костного мозга (вопрос дискуссионный);
- применение колониестимулирующих факторов - молграмостим (лейкомакс\*) из расчёта 10 мкг (кг x сут) или филграстим (нейпоген\*) в дозе 0,5-5,0 мкг/(кг x сут);
- симптоматическая терапия.

При кишечной форме острой лучевой болезни прогноз абсолютно неблагоприятный.

### **Задача 56**

Миоз в сочетании с диспноэ, слюнотечением и миофибрилляциями характерны для поражения ОВ нервно-паралитического действия. Продолжительность скрытого периода, жалобы и результаты осмотра пострадавшего на МПП свидетельствуют в настоящее время о легкой степени поражения. Однако следует иметь в виду, что в силу продолжающегося поступления ОВ из подкожного депо отравление может принять более тяжелое течение.

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидотов: атропина сульфата 2 мл 0,1 % раствора внутримышечно, дипироксима 2 мл 15 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя во II очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжение антидотной терапии холинолитиками и реактиваторами холинэстеразы, лигация кислорода, введение бронхорасширяющих средств, коррекция дыхательной недостаточности. При угрозе развития пневмонии профилактическое введение антибиотиков и сульфаниламидов, инстиляции в глаза 1 % раствора атропина сульфата или 0,5 % раствора амизила до нормализации зрения. Для дальнейшего лечения остается на данном этапе.

### **Задача 57**

У пострадавшего имеет место поражение ОВ нервно-паралитического действия, обусловленное поступлением яда в желудок. Наряду с местными симптомами определяются и признаки резорбтивного действия ФОВ – начинающийся бронхоспазм, миофибрилляции, изменения со стороны сердца и глаз. Симптоматика укладывается в клиническую картину поражения средней степени тяжести.

На МПП необходимо введение антидотов – атропина сульфата 4 мл 0,1 % раствора внутримышечно (по 2 мл с 10-минутным интервалом), дипироксима 2 мл 15 % раствора

внутримышечно. Зондовое промывание желудка с последующим введением 25-30 г активированного угля и солевого слабительного (25 % сернокислая магнезия 200 мл).

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, повторное промывание желудка с последующим введением активированного угля. Продолжена антидотная терапия – введение холинолитиков и реактиваторов холинэстеразы, применение бронхорасширяющих средств, по показаниям дыхательных analeptиков, при выраженной вазоконстрикции – введение нейролептиков. При явлениях перегрузки правого сердца – в/в введение сердечных гликозидов, коррекция острой дыхательной недостаточности и ингаляция кислорода, инстилляционная в глаза 1 % раствора атропина сульфата или 0,5 % раствора амизина до нормализации зрения.

После оказания квалифицированной медицинской помощи подлежит эвакуации в терапевтический госпиталь.

### **Задача 58**

Характер жалоб и результаты осмотра пострадавшего свидетельствуют о наличии у него поражения ОВ нервно-паралитического действия легкой степени (миотическая форма).

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидота – атропина сульфата 2 мл 0,1 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя во II очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится санитарная обработка, продолжено введение атропина сульфата по схеме, введение дипироксима, купирование возбуждения внутримышечным введением фенотезина или барбитала, инстилляционная в глаза 1 % раствора атропина сульфата до нормализации зрения. До окончания лечения остается на данном этапе.

### **Задача 59**

Жалобы и результаты осмотра пострадавшего свидетельствуют о наличии у него поражения ОВ нервно-паралитического действия легкой степени, смешанной (миотическая, невротическая, кардиальная) формы.

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидота – атропина сульфата 2 мл 0,1 % раствора внутримышечно, дипироксима 2 мл 15 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя во II очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжено введение атропина и дипироксима, введение нейролептиков при выраженной вазоконстрикции – дроперидола, повторные инстилляционные в глаза 1 % раствора атропина сульфата или 0,5 % раствора амизила до нормализации функции зрения. При эмоциональной лабильности внутрь транквилизаторы диазепам или мепротоп. До окончания лечения остается на данном этапе.

### **Задача 60**

Симптоматика укладывается в клиническую картину поражения ОВ нервно-паралитического действия легкой степени (невротическая форма).

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидота – атропина сульфата 2 мл 0,1 % раствора внутримышечно, успокаивающие средства.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя во II очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжается введение атропина сульфата внутримышечно по схеме, дапироксим по схеме. При эмоциональной лабильности внутрь транквилизаторы диазепам или мепротап, седативные (бром, валериана). В случае бронхоспазма применение бронхораспирающих средств (эфедин, эуфиллин, алуpent). Инстиллякия в глаза 1 % раствора атропина или 0,5 % раствора амизила до нормализации зрения. До окончания лечения остается на данном этапе.

### Ситуационные задачи «Педагогика»

61. При чтении лекции преподаватель использует следующую методику: немного обсудив цели и задачи лекции, он выводит на экран ряд вопросов, посвященных антибиотикотерапии. После появления каждого вопроса он просит слушателей проголосовать за наиболее правильный, с их точки зрения, ответ. Затем он разбирает задачи. Какой методикой, по классификации Н.И.Шевандрина, пользуется преподаватель?

62. Студент-вечерник, собираясь на занятия, отвечает на звонок по телефону, в котором его вызывают на работу. Студент собирался пойти на лекцию, однако начальник утверждает, что кроме него, никто срочную работу выполнить не может. Какое понятие теории поля К.Левина играет наиболее значимую роль в этой ситуации. Дайте развернутое описание ситуации

63. На занятии преподаватель предлагает слушателям продумать ответ на вопрос о проблемах организации деятельности учреждения. Столкнувшись с недостаточно активным участием, он достает коробок спичек и предлагает слушателям найти параллели между структурой коробка и структурой организации. Какой метод использует преподаватель? Дайте общую характеристику таких методов

64. Преподаватель, формируя рабочую программу дисциплины утверждает, что его дисциплина формирует компетенции, единые для всех направлений подготовки в области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Дайте обоснование того, какие это группы компетенций

Таблица проверки формирования компетенций.

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочных средств из перечня (п. 10.3 ФОС)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	контрольные вопросы	1-100
		ситуационные задачи	1-50
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	контрольные вопросы	1-5, 143-174
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом	контрольные вопросы	101-142
		ситуационные задачи	61-64

	исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение 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	контрольные вопросы	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 17, 18, 20, 21, 58, 57, 73, 81, 86, 91
		ситуационные задачи	1-50
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми	контрольные вопросы	11, 17, 18, 20, 21, 58, 57, 73, 81, 86, 91
		ситуационные задачи	3, 7, 9, 28
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	ситуационные задачи	51-60
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей	контрольные вопросы	1-4
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	контрольные вопросы	9-89, 90-100, 175-203
		ситуационные задачи	1-50
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	контрольные вопросы	15-100, 175-202
		ситуационные задачи	1-50
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, медикаментозной терапии и других методов лечения у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	контрольные вопросы	9, 11, 12, 25-27, 53, 57, 79, 80, 84, 86
		ситуационные задачи	2, 4, 6, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 24, 35, 40-50
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	контрольные вопросы	5, 10, 11, 18
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	контрольные вопросы	1, 2, 3, 143-168, 174
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	контрольные вопросы	169, 171, 172, 173
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том	ситуационные задачи	51-60

	числе медицинской эвакуации		
--	-----------------------------	--	--

### 5.3. Рекомендуемая литература

Число обучающихся	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
	<b>Основная литература:</b>		
	1. Акушерство: национальное руководство / Ассоц. Мед. обществ по качеству (АСМОК), Рос. о-во акушеров-гинекологов ; ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, В.Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 1197 с. - (Национальный проект «Здоровье»)	73	
	2. Базовая сердечно-лёгочная реанимация: учебное пособие / И. Е. Моисеева; ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. - Б.м. : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. - 22 с.	125	
	3. Неонатология: В 2-х т. Т. 1/ Н. П. Шабалов. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - - 735 с.	4	
	4. Неонатология: В 2-х т. Т. 2 / Н.П. Шабалов. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 763 с.	4	
	5. Неонатология: Национальное руководство. Краткое издание / А. Г. Антонов, Н. Н. Арестова, Е. Н. Байбарина [и др.]; ред. Н. Н. Володин; Ассоциация медицинских обществ по качеству, Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. - Б.м.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 887с., [6] л. цв. ил. с. - (Национальные руководства).	1	
	6. Педиатрия: учебник для ВУЗов / ред. Н. П. Шабалов. – 6-е изд., испр. и доп.- Спб.: СпецЛит, 2015. – 959 с.	2	
	7. Секреты неонатологии и перинатологии = Fetal and Neonatal Secrets / Ричард А. Полин, Алан Р. Спитцер. – М. : БИНОМ, 2016. - 624 с.	2	
	8. ЭКГ в педиатрии: монография / Л.П.Макаров. – 3-е изд. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2013. – 695 с.	1	
	9. Клинические протоколы оказания медицинской помощи новорожденным в условиях родильного дома. Учебное пособие/под ред. Ф.П.Романюка, А.С.Иова, В.А. Любименко; СЗГМУ им.И.И.Мечникова, СПб ГБУЗ «Детская городская больница №1», СПб ГБУЗ «Родильный дом №10». – СПб.: Астерион, 2016. – 68 с.: рис., табл.- Библиогр.: с.62-67.	1	
	<b>Дополнительная литература:</b>		

	10. Базовая помощь новорождённому - международный опыт : [руководство] / ред. Н. Н. Володин, Г. Т. Сухих, Е. Н. Байбарина, И. И. Рюмина. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2008, М. : ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 203 с. : цв. ил. - (Сер.: Библиотека врача-специалиста. Неонатология).	24	
	11. Детские болезни: учебник / Л.К.Баженова, Г.Н.Баяндина, Н.А.Белоусова [и др.]; ред. А.А.Баранов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1006 с.	1	
	12. Детская гастроэнтерология: Руководство для врачей / Т.И.Арзуманова, В.Г.Арсентьев, Н.В.Гончар [и др.]; ред. Н.П.Шабалов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 757 с.	2	
	13. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учебное пособие / сост. С.С.Немкова, Л.С.Намазова-Баранова, О.И. Маслова [и др.] - М.: Союз педиатров России, 2012. – 60 с.	1	
	14. Неврология недоношенных детей : [руководство] / А. Б. Пальчик, Л. А. Федорова, А. Е. Понятишин. - 4-е изд., доп. и перераб. - М. : МЕДпресс-информ, 2014, М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 373 с.	3	
	15. Нормативные параметры ЭКГ у детей и подростков: руководство / ред. М.А.Школьникова, И.М.Миклашевич, Л.А.Калинин . – М.: 2010. – 232 с.	2	
	16. Педиатрия: клинические рекомендации/ред А.А.Баранов. – 2-е изд., испр. и доп.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 432 с.	2	
<b>Электронные ресурсы:</b>			
16. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства")." - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423349.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423349.html</a> ЭМБ «Консультант врача»			
17. Базовая помощь новорождённому - международный опыт [Электронный ресурс] / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих ; науч. ред. Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408865.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408865.html</a> ЭМБ «Консультант врача»			
18. Клинические рекомендации. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН)/Утв.Российским обществом неонатологов, Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины. 2017, 32 с. - <a href="http://neonatal22.ru/Protocol/klinrec_HemolyticDH_2017.pdf">http://neonatal22.ru/Protocol/klinrec_HemolyticDH_2017.pdf</a>			
19. Тактика ведения доношенных и недоношенных новорожденных с непрямой гипербилирубинемией (клинические рекомендации)// Неонатология, № 2 (16), 2017 [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017 - <a href="http://www.studmedlib.ru/ru/doc/2308-2402-2017-02-SCN0008.html?SSr=310133f079110bd1838e501larissa.05">http://www.studmedlib.ru/ru/doc/2308-2402-2017-02-SCN0008.html?SSr=310133f079110bd1838e501larissa.05</a> -- ЭБС «Консультант студента»			
20. Неонатология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Н.Н. Володина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431597.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431597.html</a> - ЭМБ «Консультант врача»			
21. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении (Национальные клинические рекомендации).2015. 33 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>			
22. Ведение новорожденных с респираторным дистресс синдромом (Национальные клинические рекомендации). 2014. 39 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>			

23. Инфекции, передающиеся половым путем. Клинические лекции [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Прилепской - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427521.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427521.html</a> ЭМБ «Консультант врача»
24. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденных инфекций, вызванных вирусами простого герпеса (Национальные клинические рекомендации). 2016. 26 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>
25. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса (Национальные клинические рекомендации); 2016. 42 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>
26. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденной инфекции, вызванной парвовирусом В19V (Национальные клинические рекомендации). 2016. 21 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>
27. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного токсоплазмоза (Национальные клинические рекомендации). 2016. 28 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>
28. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденной цитомегаловирусной инфекции (Национальные клинические рекомендации). 2016. 28 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a>
29. Парентеральное питание новорожденных (Национальные клинические рекомендации); 2014. 58 с. [Электронный ресурс], - <a href="http://www.femb.ru">www.femb.ru</a> .
30. Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] / Н.П. Шабалов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html</a> ЭБС «Консультант студента»
31. Неонатология: в 2 т. Т. 2 [Электронный ресурс] / Н.П. Шабалов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html</a> ЭБС «Консультант студента»
32. Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] / под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннингама и Ф. Г. Эяля ; пер. с англ. под ред. д-ра мед. наук, проф. Д. Н. Дегтярева.— М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. —713 с. - <a href="https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179">https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179</a> ЭБС «Айбукс»
33. Неонатология: в 2 т. Т. 2 [Электронный ресурс] / под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннингама и Ф. Г. Эяля ; пер. с англ. под ред. д-ра мед. наук, проф. Д. Н. Дегтярева.— М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. —713 с. - <a href="https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179">https://ibooks.ru/reading.php?productid=350179</a> ЭБС «Айбукс»
34. Неотложная неонатология [Электронный ресурс] : краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444078.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444078.html</a> ЭМБ «Консультант врача»
35. Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебное пособие / С.М. Безроднова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <a href="http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439616.html">http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439616.html</a> ЭМБ «Консультант врача»

## НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.11.2012 г. № 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"».
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2012 №572н «Об утверждении Положения об организации оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями на 12 января 2016 года).
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 №1687 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 136н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-неонатолог».