



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Неонатология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология
Квалификация (специальность)	врач-неонатолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Дмитриев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Петрова Валерия Игоревна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Белых Наталья Анатольевна	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Соловьев Анатолий Егорович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 30.06.2021 № 559 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология»
Порядком организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

Текущий контроль успеваемости проводится по окончании каждого семестра в форме устного опроса у постели больного, ординатор демонстрирует способность работать с больным, делая доклад по одному из курируемых больных и показывая один из элементов физикального обследования больного.

Примерный алгоритм доклада больного:

1. ФИО, возраст
2. Отделение, палата
3. Оценка жалоб, особенностей анамнеза
4. Оценка проведенного ранее физикального осмотра
5. Назначение дополнительного лабораторного, инструментального обследования с обоснованием каждого, интерпретация полученных результатов.
6. Диагноз (структурированный) с обоснованием (по каждому пункту)
7. Назначение лечения с обоснованием каждого пункта.

Демонстрация проведения одного элемента из осмотра, аускультации, перкуссии, пальпации больного по органам и системам.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется ординатору, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации во 2 семестре – экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Ординатору достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут. Экзаменационный билет содержит один вопрос и тестовое задание вопроса.

Критерии оценки экзамена:

- Оценка «отлично» выставляется, если ординатор показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях ординатора основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

В процессе обучения в ординатуре происходит комплексное освоение компетенций.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты).

Перечень вопросов для тестирования

1. Меконий из трахеи сразу после рождения следует отсасывать:

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

2. После восстановления проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции новорожденный дышит, но частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. В этом случае необходимо:

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

3. Показаниями к ИВЛ новорожденному в родильном зале, при условии завершения начальных мероприятий высушивания кожных покровов, санации верхних дыхательных путей, тактильной стимуляции дыхания), являются:

1. отсутствие самостоятельного дыхания
2. брадикардия менее 100 ударов в минуту
3. судорожное дыхание
4. цианоз губ и слизистой ротовой полости

4. Основными эффектами, ожидаемыми при введении адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале, являются:

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

5. Причинами апноэ у недоношенного ребенка могут являться:

1. респираторный дистресс-синдром
2. внутрижелудочковое кровоизлияние
3. анемия
4. функционирующий артериальный проток

6. Для уточнения причины появления в стуле примеси крови необходимо выполнить следующие дополнительные исследования:

1. рентгенографию брюшной полости
2. пробу Апта
3. коагуляционные тесты, клинический анализ крови
4. посев кала

7. При шоке, обусловленном острой кровопотерей, в стадии централизации кровообращения у новорожденного ребенка наблюдается:

1. бледность кожных покровов, мраморный рисунок
2. симптом "бледного пятна"
3. брадикардия
4. слабый пульс

8. Искусственную вентиляцию легких следует проводить только через интубационную трубку в следующих случаях:

1. рождение ребенка в терминальном апноэ (Апгар 0-2 балла)
2. рождение с мекониевой аспирацией
3. недоношенным с массой менее 1200 гр
4. подозрение на диафрагмальную грыжу.

9 Введение натрия гидрокарбоната новорожденному ребенку показано при:

1. респираторном ацидозе
2. перед проведением вспомогательной ручной вентиляции
3. сохраняющемся метаболическом ацидозе после восстановления адекватного дыхания
4. всех перечисленных ситуациях

10 Назначение жировых эмульсий противопоказано новорожденному с:

1. нарушениями газообмена
2. концентрацией свободного билирубина в сыворотке крови, превышающей 204 мкмоль/л
3. тромбоцитопенией
4. всеми перечисленными состояниями

11. Гипервентиляция и гипокания приводят к:

1. повышению нервно-рефлекторной возбудимости
2. снижению мозгового кровотока
3. снижению сопротивления легочных сосудов
4. всех перечисленным изменениям

12. Для бронхолегочной дисплазии характерны:

1. прогрессирующая эмфизема легких
2. снижение PaO₂
3. респираторный ацидоз
4. гипотрофия правого сердца

13. При шоке у новорожденных предпочтительней назначать (стартовая терапия):

1. допамин в дозе 15-20 мкг/(кг в мин.)
2. добутрекс в дозе 15-20 мкг/(кг в мин.)
3. сочетание допамина и добутрекса (каждый в дозе 7,5 мкг/(кг в мин.))
4. ни один из указанных препаратов

14. Показанием для переливания тромбоцитарной массы является:

1. геморрагический синдром
2. ДВС-синдром
3. тромбоцитопения менее 10 000 в 1 мкл
4. тромбоцитопения менее 40 000 в 1 мкл

15. В плане мероприятий при апноэ необходимы следующие:

1. диагностика непосредственной причины апноэ
2. мониторинг частоты сердечных сокращений и частоты дыхания, периодическая тактильная стимуляция
3. назначение антибактериальной терапии
4. лекарственная терапия (эуфиллин, кофеин)

16. Противопоказанием к применению метода дыхания с положительным давлением на выдохе в лечении дыхательной недостаточности у новорожденных детей:

1. синдром аспирации мекония

2. внутритрубная пневмония
3. респираторный дистресс-синдром 1-го типа
4. пневмоторакс

17. Наиболее частой причиной анурии у новорожденного является:

1. уменьшение ОЦК и нарушение перфузии почек
2. обструкция мочевыводящих путей
3. токсическое действие на почку медикаментозных средств
4. тромбоз почечных сосудов

18. При лечении недоношенного новорожденного, перенесшего асфиксию в родах, среднее артериальное давление необходимо поддерживать на уровне не ниже:

1. 30 - 35 мм.рт.ст.
2. 35 - 40 мм.рт.ст.
3. 40 - 45 мм.рт.ст.
4. 45 - 50 мм.рт.ст.

19. Искусственная вентиляция легких показана при P_{aCO_2}

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

20. При гиперкапнии (P_{aCO_2} более 60 мм.рт.ст.) для коррекции ацидоза показано:

1. внутривенное введение гидрокарбоната натрия
2. аппаратная ИВЛ
3. оксигенотерапия через кислородную палатку
4. применение режима СДППД

21. Наиболее простым и объективным показателем герметичности лицевой маски при проведении ручной ИВЛ саморасправляющимся мешком новорожденному в родильном зале является:

1. экскурсия грудной клетки
2. розовые кожные покровы
3. уменьшение частоты дыхания
4. уровень SaO_2

22. При проведении ИВЛ в родильном зале новорожденному со здоровыми легкими максимальное давление вдоха следует поддерживать в интервале:

1. 30-40 мм.вод.ст.
2. 15-30 мм.вод.ст.
3. 50-60 мм.вод.ст.
4. 20-30 мм.вод.ст.

23. Прежде чем проверить частоту сердечных сокращений, ручную ИВЛ через лицевую маску новорожденному в родильном зале следует проводить в течение:

1. 10-15 сек
2. 15-30 сек
3. 30-40 сек
4. в течении 1 минуты

24. Дыхание в легких проводится с обеих сторон, однако лучше выслушивается справа. Экскурсия грудной клетки снижена, экскурсии живота нет. Интубационная трубка стоит в:

1. в правом бронхе
2. в левом бронхе
3. в пищеводе
4. в трахее

25. При реанимации новорожденного в родильном зале адреналин вводится в дозе:

1. 0,1-0,3 мл/кг

2. 0,3-0,5 мл/кг

3. 0,5-0,6 мл/кг

4. 1,0 мл/кг

26. Для вторичного апное характерно:

1. может начаться внутриутробно

2. восстановить самостоятельное дыхание можно только с помощью ИВЛ

3. артериальное давление резко снижено

4. частота сердечных сокращений падает

27. Для напряженного пневмоторакса характерны:

1. брадикардия

2. приглушенность тонов сердца

3. ослабленное дыхание

4. цианоз

28. В норме значения pCO_2 артериальной крови новорожденного находятся в пределах:

1. 35-45

2. 28-30

3. 40-60

4. 45-55

29. Центральные цианоз при нормальных значениях гемоглобина крови, появляется при PaO_2 менее:

1. 50 мм.рт.ст.

2. 60 ммрт.ст.

3. 40 мм.рт.ст.

4. 45 мм.рт. ст.

30. К заболеваниям, сопровождающимся цианозом, при которых показано введение простагландинов E1, относятся:

1. ВПС синего типа

2. все пороки сердца

3. ВПС бледного типа

4. нет правильного ответа

31. При проведении новорожденному ребенку метода СДПД положительное давление в дыхательных путях в среднем должно составлять:

1. 4-6 см.вод.ст.

2. 8-10 см. вод.ст.

3. 10-14 см.вод.ст

4. 6-10 см.вод.ст

32. Для проведения операции заменного переливания крови с целью уменьшения гипербилирубинемии у доношенного ребенка кровь заказывают из расчета:

1. 100-120 мл/кг

2. 160-180 мл/кг

3. 150 мл/кг

4. 140-160 мл/кг

33. Наиболее оптимальным видом вскармливания недоношенных детей с массой тела менее 1500 г является:

1. донорское молоко

2. специализированные смеси

3. материнское молоко, обогащенное белково-витаминными добавками

4. сочетание материнского молока с адаптированной смесью для недоношенных детей

34. Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают, как:

1. отношение числа, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

2. число детей, умерших в течение первой недели после родов, к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле

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

4. отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу, родившихся живыми за год; выражается в промилле

35. Количество коек для новорожденных детей в родильном доме определяется от расчетного количества коек послеродового отделения и должно составлять:

1. 85-90%
2. 95-100%
3. 105-107%
4. 115-120%

36. Смена инкубатора, при лечении недоношенного ребенка в родильном доме должна производиться:

1. 1 раз в 3 дня
2. 1 раз в неделю
3. 1 раз в 10 дней
4. 1 раз в 2 недели

37. Для проведения плановой дезинфекции акушерский стационар должен закрываться:

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

38. Наиболее частой причиной перенашивания является:

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

39. В условиях внутриутробной гипоксии при снижении сердечного выброса у плода максимальный уровень кровотока сохраняется в сосудах:

1. легких,
2. почек,
3. головного мозга,
4. пуповины

40. К какому классу иммуноглобулинов относятся АВО-антитела:

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

41. Для алкогольного синдрома плода характерно:

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

42. Гестационный диабет может привести к развитию у плода:

1. гипоплазии pancreas,

2. гиперплазии pancreas,
3. гиперплазии б-клеток островков Лангерганса, при сохранной pancreas,
4. цирроза.

43. Многоводие часто сочетается:

1. с изоиммунизацией плода,
2. с пороками ЦНС,
3. с атрезией тонкого кишечника,
4. с внутриутробной инфекцией.

44. Для монохориальной моноамниотической двойни характерно:

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

45. Современные методы оценки состояния плода включают:

1. кардиотокография
2. УЗ-фетометрия
3. гормональные исследования
4. доплерометрия материнско-плацентарного и фето-плацентарного кровотоков

46. Когда следует пережать пуповину после рождения здорового доношенного ребенка:

1. сразу после рождения,
2. в течение первых 30 сек после рождения,
3. через 1-2 минуты после рождения,
4. через 3-5 минут после рождения,

47. Шкала Сильвермана необходима:

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

48. У доношенных новорожденных детей в канальцах почек проходит полная реабсорбция:

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

49. При развитии олигурии в результате гиповолемического шока необходимо:

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

50. Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:

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

51. Элиминация респираторных вирусов из организма новорожденного происходит за период равный:

1. одной неделе
2. двум неделям
3. трем неделям

4. одному месяцу

52. Респираторно-синцитиальная инфекция чаще всего вызывает:

1. острый ринит
2. бронхиолит
3. пневмонию
4. вирусную диарею

53. Укажите наиболее частую причину истинного врожденного стридора:

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

54. Дифференциальную диагностику пузырчатки новорожденных следует проводить с:

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

55. В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных, помимо желтухи чаще встречаются симптомы:

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

56. К развитию полицитемии у новорожденного ребенка может приводить:

1. задержка внутриутробного развития
2. сахарный диабет у матери
3. фето-фетальная гемотрансфузия
4. все перечисленные факторы

57. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:

1. гемангиоматозе
2. внутриутробных инфекциях
3. ДВС-синдроме
4. во всех перечисленных случаях

58. Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:

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

59. Критерием для постановки диагноза анемии у новорожденных детей на 2-ой неделе жизни является снижение уровня гемоглобина:

1. ниже 150 г/л
2. ниже 140 г/л
3. ниже 130 г/л
4. ниже 120 г/л

60. Является ли падение уровня гемоглобина ниже 120 г/л при трансплацентарной кровопотере показанием к срочной гемотрансфузии:

1. да
2. нет
3. только при высокой скорости снижения гемоглобулина
4. переливание крови можно сделать в плановом порядке

61. Желтуха при галактоземии и муковисцидозе носит характер:

1. конъюгационной

2. механической
3. гемолитической
4. паренхиматозной

62. Лактазная недостаточность у новорожденных чаще всего проявляется:

1. на искусственном вскармливании
2. на грудном вскармливании
3. на смешанном вскармливании
4. правильные ответы: 1 и 3

63. Клиническая картина ранней гипокальциемии характеризуется:

1. мышечной гипотонией
2. генерализованными клоническими судорогами
3. брадикардией и приступами апноэ
4. всеми перечисленными симптомами

64. Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:

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

65. Может ли западать большой родничок у новорожденного при гнойном менингите:

1. нет
2. да, при наличии у ребенка выраженного эксикоза
3. да, при присоединении вентрикулита
4. правильные ответы: 2 и 3

66. Бактериальный вентрикулит клинически проявляется:

1. симптомами остро нарастающей внутричерепной гипертензии
2. ухудшением общего состояния
3. нарастанием патологической неврологической симптоматики
4. все ответы правильные

67. Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться в результате:

1. дегидратации
2. метаболических нарушений
3. органического поражения центральной нервной системы
4. нейроинфекции

68. Признаками системной воспалительной реакции у новорожденных в биохимическом анализе крови являются:

1. повышение уровня белков острой фазы
2. гипергликемия более 6,5 ммоль/л
3. гиперкалиемия более 7 ммоль/л
4. всё вышеперечисленное

69. Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение КОС по типу:

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

70. К неотложным состояниям, которые могут развиваться у новорожденного с синдромом Беквита-Видемана, относятся:

1. апноэ
2. судорожный синдром
3. острая дыхательная недостаточность
4. острая недостаточность кровообращения

71. Патоморфологическим признаком адреногенитального синдрома является:

1. гипоплазия коры надпочечников
2. гиперплазия коры надпочечников
3. аденоматоз надпочечников
4. кровоизлияние в надпочечники

72. Криз надпочечниковой недостаточности при врожденной гиперплазии коры надпочечников характеризуют следующие электролитные нарушения:

1. гипернатриемия и гипокалиемия
2. гипернатриемия и гиперкалиемия
3. гипонатриемия и гиперкалиемия
4. гипонатриемия и гипокалиемия

73. Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения:

1. дефект межжелудочковой перегородки
2. тетрада Фалло
3. транспозиция магистральных сосудов
4. открытый артериальный проток

74. Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:

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

75. Примерно у четверти больных при лечении сердечными гликозидами возникают нежелательные эффекты, которые условно делят на кардиальные и внекардиальные. Какое самое характерное внекардиальное проявление отравления сердечными гликозидами у новорожденного:

1. диспепсия
2. мышечная гипотония
3. тромбоцитопения
4. бронхоспазм

76. При назначении допамина в дозе 0,5-5,0 мкг/кг в минуту наиболее часто регистрируемый клинический симптом у доношенных детей:

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

77. У новорожденных детей при врожденном нефротическом синдроме имеют место отеки, а в общем анализе мочи:

1. протеинурия
2. гематурия
3. протеинурия, микрогематурия
4. цилиндрурия

78. В 1-2 сутки жизни новорожденного ребенка величина суточного диуреза составляет:

1. 0,5-2,5 мл/кг/час
2. 1-5 мл/кг/час
3. 0,5 -1,0 мл/кг/час
4. 3,0 -6,0 мл/кг/час

79. Клинические симптомы гипогликемии у новорожденных в первые 72 часа жизни чаще появляются при снижении уровня глюкозы крови ниже:

1. 1,7 ммоль/л

2. 3,3 ммоль/л

3. 5,5 ммоль/л

4. 6,0 ммоль/л

80. Для ДВС-синдрома характерно:

1. ретикулоцитоз, микросфероцитоз

2. тромбоцитопения, снижение концентрации фибриногена

3. дефицит витамина К

4. дефицит витамина Е

81. Для оказания помощи ребенку-реципиенту в случае фето-фетальной трансфузии при многоплодной беременности показано:

1. трансфузия эритромаcсы

2. венепункция с частичным заменным переливанием плазмы крови

3. ОЗПК

4. трансфузия эритроцитарной взвеси

82. Признаком анемии у доношенного новорожденного ребенка в возрасте 18 суток жизни является снижение уровня гемоглобина ниже:

1. менее 140 г\л

2. менее 116 г/л

3. менее 160 г/л

4. менее 100 г/л

83. Клиническими критериями системной воспалительной реакции у новорожденных является:

1. гипертермия более 38 С или гипотермия менее 36 С

2. тахипноэ более 70 в минуту

3. тахикардия более 160 сокращений в минуту или брадикардия менее 100 сокращений в минуту

4. олигурия на фоне адекватной инфузионной терапии

84. При наличии у новорожденного изолированного паралича Дюшена-Эрба следует думать об интранатальном повреждении:

1. спинного мозга

2. корешков спинномозговых нервов

3. мозжечка

4. локтевого нерва

85. Ацикловир высоко эффективен у новорожденных при лечении:

1. заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса, инфекционного мононуклеоза

2. цитомегаловирусной инфекции

3. врожденной ветряной оспы, заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса

4. врожденной энтеровирусной инфекции

86. Побочными эффектами применения избыточных доз витамина К являются все перечисленные, кроме:

1. гипотензия

2. сердечная аритмия

3. торможение синтеза прокоагулянтов

4. угнетение дыхательного центра

87. К проявлениям инфекционного токсикоза у недоношенных детей относится:

1. снижение активного сосания

2. гипотония и гиподинамия

3. серость кожных покровов

4. приступы апноэ

88. Наиболее частый путь инфицирования при постнатальной пневмонии у недоношенных детей является:

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

89. Профилактику билирубиновой интоксикации при конъюгационной желтухе у недоношенных детей следует начинать:

1. с первого дня жизни
2. со второго дня жизни
3. на высоте желтухи
4. на любом сроке при появлении признаков билирубиновой интоксикации

90. При выхаживании недоношенных новорожденных с массой тела 1500 в первый день жизни температуру в кювезе необходимо поддерживать в пределах (°C):

1. 30-31° C
2. 32-34° C
3. 35-36° C
4. 36-37° C

91. Укажите наиболее частую локализацию внутричерепных кровоизлияний у недоношенных детей:

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

92. Для недоношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития характерна:

1. поражение ЦНС
2. тяжелое течение гипербилирубинемии
3. развитие отека мозга
4. развитие аспирационной пневмонии

93. Более тяжелому течению конъюгационной желтухи у недоношенных детей способствует:

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

94. Неощутимые потери жидкости у недоношенных детей выше, чем у доношенных вследствие:

1. большей поверхности тела на кг веса
2. особенности строения кожи
3. более обильной васкуляризации кожи
4. всех перечисленных факторов

95. При назначении какого антибактериального препарата у недоношенного ребенка могут развиваться судороги:

1. цефтазидим
2. тиенам
3. азитромицин
4. ванкомицин

96. Какие осложнения наиболее часто сопровождают истинную полицитемию у недоношенных детей:

1. развитие бактериемии
2. развитие гипербилирубинемии
3. респираторные расстройства
4. гипогликемия

97. В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных, помимо желтухи чаще встречаются симптомы:

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

98. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться при:

1. гемангиоматозе
2. внутриутробных инфекциях
3. ДВС-синдроме
4. во всех перечисленных случаях

99. Появление геморрагической сыпи у ребенка с сепсисом обусловлено в большей степени:

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

100. Судорожный синдром у новорожденного ребенка может развиваться в результате:

1. дегидратации
2. метаболических нарушений
3. органического поражения центральной нервной системы
4. нейроинфекции

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения) и «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Ситуационные задачи:

1. Мальчик в возрасте 10 дней осмотрен участковым педиатром на дому. Мама ребенка предъявляет жалобы на затруднение носового дыхания, обильное слизистогнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до 37,4°C.

Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до 38,0°C, стал беспокойным, отказывался от груди, начал срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован.

Анамнез

Родился от II, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписан из родильного дома на 5-е сутки жизни. Дома имел контакт с больным ОРВИ.

Объективно

Обращали на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, не обильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 70 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука - ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, левая - на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены, ЧСС 170 в 1 минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены.

Обследован

Общий анализ крови: Hb-174 г/л, Эр-5,2х10¹²/л, Тр-268,0х10⁹/л, L-9,1х10⁹, п/я-10%, с-61%, э-1%, л-19%, м-9%, СОЭ-6 мм/час.

Иммунофлюоресцентный анализ мазка из носоглотки - вирус парагриппа +.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Дайте интерпретацию полученным результатам обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Оцените физическое развитие мальчика.
6. Составьте план лечения.
7. Дайте рекомендации по вскармливанию ребенка.
8. Возможные исходы и прогноз.
9. Укажите возможные сроки проведения очередной профилактической прививки.
10. Как должен наблюдаться ребёнок в условиях поликлиники после выписки из стационара?

2. Девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза в 1 половине, сочетанного длительно текущего ОГ – гестоза во второй половине беременности. У матери ВСД по гипертоническому типу. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Роды на 36 неделе беременности путем ОКС. Многоводие. Воды светлые с примесью крови. Вес 2500 г.

Рост-49 см.

При рождении состояние тяжелое, кожа бледного цвета, тотальная мышечная гипотония, не кричит, самостоятельное дыхание отсутствует, пуповина до перевязки пульсировала.

1. Оцените состояние ребенка по шкале Апгар.
2. Причина возникновения состояния

После оказания первичных реанимационных мероприятий к концу 1 мин. цвет кожных покровов бледный, па осмотр не реагирует, самостоятельное дыхание отсутствует, ЧСС 60 в 1 мин., мышечная атопия.

Вопросы:

1. Какие реанимационные мероприятия должны быть проведены Вами? Ваша дальнейшая тактика.

3. Настоящая беременность-11. Женщина на учете не состояла, не обследована. В анамнезе миниаборт в 3-4 недели. Роды на 42 неделе гестации. Околоплодные воды темно-зеленые с кусочками мекония.

1. Ваши предварительные действия при подготовке к родам у женщины с патологическими околоплодными водами?

Вариант 1. Родился мальчик 4300 г., ЧСС 130 в мин., закричал сразу, тонус мышц конечностей удовлетворительный, дыхание, дыхание регулярное.

Ваши действия.

Вариант 2. Родился мальчик 4300 г. ЧСС 90 мин., дыхание нерегулярное, не кричит, тонус мышц снижен.

Ваши действия.

4. При рождении ребенка крик громкий, отмечаются активные движения конечностями, кожные покровы розовые, акроцианоз, при отсасывании содержимого из ротоглотки появляется гримаса, ЧСС 120 в мин.

Оцените состояние ребенка по шкале Апгар. Каковы Ваши действия в данной

ситуации?

5. При рождении ребенок не закричал, дыхание аритмичное, судорожное, ЧСС 120 в мин., конечности слегка согнуты, активные движения отсутствуют, при отсасывании слизи из ротоглотки гримаса, кожные покровы цианотичны.

Оцените состояние ребенка по шкале Апгар. Ваш предположительный диагноз? Каковы Ваши действия в данной ситуации?

6. При рождении ребенок не закричал, кожные покровы цианотичные, дыхание редкое, нерегулярное, конечности полусогнуты, при отсасывании слизи из ротоглотки отмечается гримаса, ЧСС 120 ударов в 1 мин. После проведения определенных мероприятий ребенок громко закричал, дыхание ритмичное, уменьшился цианоз кожи, но остается выраженный акроцианоз, ЧСС 120 ударов в мин., конечности полусогнуты, на носовой катетер реагирует гримасой.

Оцените состояние ребенка при рождении и после первого этапа реанимации. Ваш предположительный диагноз? Какие мероприятия были проведены ребенку?

7. Девочка от первой беременности, первых срочных родов путем операции кесарева сечения по поводу клинического несоответствия размеров таза и плода.

Продолжительность 1 периода родов 16 часов, женщине неоднократно вводили промедол, последнее введение за 30 мин. до операции. Извлечение проходило с техническими трудностями. Сразу после рождения ребенок не кричит, дыхания нет, активных движений не совершает. Кожа розовая, сердечные тоны громкие, ритмичные, 140 в мин.

Предварительный диагноз. Неотложная помощь.

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

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

Диагноз. Реанимационные мероприятия. Тактика неонатолога.

10. Ребенок от 1У беременности, 1 родов в 43 недели. Первые 3 беременности закончились медабортами. Матери 35 лет, страдает гипертонической болезнью. Беременность протекала с гестозом 1 и 2 половины, роды затяжные, проводилась родостимуляция. Околоплодные воды зеленые в виде горохового супа. Масса ребенка послерождения 3000 г., длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 2 балла (генерализованный1 цианоз, полностью отсутствует двигательная активность и рефлекторная возбудимость, пульс нитевидный 60 в мин., дыхание отсутствует).

Диагноз? Меры реанимации. Техника реанимационных мероприятий, особенности.