

Электронная цифровая подпись



Утверждено "25" мая 2023 г.  
Протокол № 5

председатель Ученого Совета  
Прохоренко И.О.  
ученый секретарь Ученого Совета  
Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
по дисциплине «НЕОНАТОЛОГИЯ, ПЕРИНАТОЛОГИЯ»**

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело  
(уровень бакалавриата)

Направленность: Сестринское дело

Квалификация (степень) выпускника: Академическая медицинская сестра  
(для лиц мужского пола - Академический медицинский брат). Преподаватель.  
Форма обучения: очная

Срок обучения: 4 года

# 1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Неонатология, перинатология»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции(или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Введение в перинатологию и неонатологию. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах. Санитарно-эпидемиологический режим родильного дома.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
2	Физиология периода новорожденности. Грудное вскармливание.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
3	Доношенный и недоношенный новорожденный. Оценка физического развития новорожденного. Понятие зрелости новорожденного.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
4	Адаптация новорожденного ребенка к внеутробной жизни. Пограничные состояния новорожденных.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
5	Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) Первичная реанимационная помощь в родильном зале.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
6	Родовые травмы.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
7	Гемолитическая болезнь новорожденных.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
8	Внутриутробные инфекции.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат,	Пятибалльная шкала оценивания

			презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	
9	Гнойно-септические заболевания новорожденных.	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания
10	Врожденные пороки развития	ПК-1; ПК-2; ПК-4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентация, решение ситуационных задач, эссе, отработка практических навыков	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа**(семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы),включая задания самостоятельной работы обучающихся,проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль,
- написание рефератов, презентации, эссе;
- решение ситуационных задач,
- отработка практических навыков,
- иные формы контроля, определяемые преподавателем

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема 1.**

**Под младенческой смертностью подразумевают:**

1. число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 живорожденных
2. число детей, умерших в возрасте до 2 лет из 1000 родившихся живыми и мертвыми
3. число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных
4. число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 родившихся живыми и мертвыми
5. число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных
6. число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми

**1. Под неонатальной смертностью подразумевают:**

1. число детей, умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных
2. число детей, умерших в возрасте 1 месяца из 1000 родившихся живыми и мертвыми
3. число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных
4. число детей, умерших в течение первых полных 28 суток (27 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми
5. число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных
6. число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

**2. Под ранней неонатальной смертностью подразумевают:**

1. число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных
2. число детей, умерших в течение первых полных 10 суток (9 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми
3. число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000 живорожденных
4. число детей, умерших в течение первых полных 7 суток (6 дней 23 час. 59 мин.) жизни из 1000, родившихся живыми и мертвыми
5. число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 живорожденных
6. число детей, умерших в течение первых 24 часов жизни из 1000 родившихся живыми и мертвыми

**4. 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
5. отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мертвыми за год; выражается в промилле
6. отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 28 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первых 24 часов после родов к общему числу родившихся живыми за год; выражается в промилле

**5. Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике:**

1. с 22 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка
2. с 28 недели внутриутробного развития до момента рождения ребенка
3. с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток вне- утробной жизни плода
4. с 28 недели внутриутробного развития до конца 1 суток вне- утробной жизни плода
5. с 22 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода
6. с 28 недели внутриутробного развития до конца первой недели внеутробной жизни плода

**6. Определите тактику в отношении больных новорожденных при возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания:**

1. перевести в обсервационное отделение и назначить лечение
2. оставить на месте, назначив лечение
3. немедленно перевести в соответствующий стационар
4. все ответы правильные

**7. 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%
4. 115-120%

**8. Непастеризованное молоко, собранное у матери в ночные часы можно хранить в холодильнике молочной комнаты родильного дома, в течение:**

1. не более 6 часов
2. не более 12 часов
3. не более 24 часов
4. не более 48 часов

**9. Наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:**

1. уровень рождаемости
2. уровень смертности

3. количество врачей на душу населения

4. младенческая смертность

**10. Дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне, в основном зависит от качества работы:**

1. родильного дома

2. отделения патологии новорожденных

3. женской консультации

4. отделения реанимации

**Ответы:**

1- 3; 2 - 3; 3 - 3; 4 - 3; 5 - 6; 6 - 3; 7 - 3; 8 - 2; 9 - 4; 10 - 3

**Тема 2.**

**1. Энергетическая ценность молозива в первые дни составляет:**

1. 700 ккал/л

2. 800 ккал/л

3. 1000 ккал/л

4. 1500 ккал/л

5. 4800 ккал/л

**2. Вторым прикормом при естественном вскармливании может быть:**

1. яичный желток

2. мясной фарш

3. творог

4. манная каша

5. кефир

**3. Когда выделяется переходное молоко?**

1. со 2-3 дня

2. с 4-5 дня

3. с 6 дня

4. с 4-5 недели

5. со 2-3 недели

**4. Какой процент (%) дефицита молока соответствует II степени гипогалактии?**

1. 25%

2. 35%

3. 55%

4. 65%

5. более 75%

**5. При вскармливании грудным молоком суточная потребность в белках составляет:**

1. 2,0-2,5 г/кг

2. 2,0-3,0 г/кг

3. 1,5-2,0 г/кг

4. 2,5-3,0 г/кг

5. 3,0-3,5 г/кг

**6. Каково соотношение белков, жиров и углеводов в грудном молоке?**

1. 1:2:3

2. 1:1,5:2

3. 1:3:6

4. 1:2,5:5

5. 1:3:5

**7. Что означает «эксклюзивное вскармливание»?**

1. грудное молоко+вода кипяченая между кормлениями

2. грудное молоко до 6 мес.

3. адаптированная смесь

4. грудное молоко+соки

5. грудное молоко+прикорм

**8. Сроки введения I прикорма при эксклюзивном грудном вскармливании:**

1. 2-3 мес.

2. 3-3,5 мес.

3. 3,5-4 мес.

4. 4-5 мес.

5. 5-6 мес.

**9. Сроки введения II прикорма:**

1. 4-5 мес.

2. 5-5,5 мес.

3. 6-7 мес.

4. 6,5-7 мес.

5. 5,5-6 мес.

**10. Назовите соотношение фосфора и кальция в женском молоке:**

1. 3:1

2. 2:1

3. 1:1

4. 1:2

5. 1:3

**Ответы:**

1-4 2-4 3-2 4-2 5-16-3 7-2 8-5 9-3 10-4

**Тема 3.**

**1. У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:**

1. аминокислот

2. низкомолекулярных белков

3. глюкозы

4. ионов натрия

**2. Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:**

1. 0,03 г/л

2. 0,33 г/л

3. 3,3 г/л

**3. У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:**

1. 100 эритроцитов в 1 мл мочи

2. 1000 эритроцитов в 1 мл мочи

3. 4000 эритроцитов в 1 мл мочи

**4. В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречаются:**

1. острая почечная недостаточность

2. гипоксическая нефропатия

3. инфекция органов мочевой системы

4. метаболическая нефропатия

5. врожденные пороки развития почек

**5. В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:**

1. нарушения диуреза

2. симптомы интоксикации

3. отеки

**6. Какие причины обуславливают трудности вскармливания недоношенных детей, особенно в первые 2 недели жизни:**

1. незрелость пищеварительной системе

2. незрелость нервной системы

3. сопутствующие заболевания

4. все ответы правильные

**7. Какое число тромбоцитов у недоношенных детей позволяет думать о развитии тромбоцитопении:**

1. ниже 100000 в мкл

2. ниже 150000 в мкл

3. ниже 200000 в мкл

4. ниже 300000 в мкл

**8. Какая из перечисленных причин чаще вызывает развитие анемии у недоношенного ребенка сразу после рождения:**

1. тяжелая анемия у матери

2. кровотечения, вызванные дефицитом факторов свертывания
  3. кровотечения у плода и новорожденного, вызванные акушерскими осложнениями
- 9. Расчет объема кормления у ребенка с внутриутробной гипотрофией в первые дни жизни проводится:**

1. на фактический вес
2. на долженствующий вес
3. на среднедолженствующий вес

**10. Какая основная причина развития поздней неонатальной пневмонии у недоношенных детей:**

1. осложнение РДС
2. внутриутробное инфицирование
3. аспирация в родах
4. осложнение ОРВИ

**Ответы:**

1-3; 2-2; 3-2; 4-3; 5-2; 6-4; 7-2; 8-3; 9-1; 10-4

**Тема 4.**

**1. Физиологическая мастопатия у новорожденных начинается с**

1. 1-х минут жизни
2. 1-х часов жизни
3. через 24 часа
4. на второй день жизни
5. на 3-4 день жизни

**2. Метрорагия у новорожденных возникает**

1. на 5-8 день жизни
2. на 1-2 день жизни
3. на 2-3 день жизни
4. на 10-11 день жизни
5. на 12-13 день жизни

**3. Длительность вагинального кровотечения составляет**

1. 1 день
2. 5 дней
3. 6 дней
4. 7 дней
5. 8 дней

**4. Милиа у новорожденных чаще локализуется**

1. на крыльях носа, переносице, области лба
2. на спине
3. на груди
4. на животе
5. на конечностях

**5. Ранняя неонатальная олигурия возникает**

1. в первые 3 дня жизни
2. на 4 сутки жизни
3. на 5 сутки жизни
4. на 8 сутки жизни

**6. Сколько фаз первичного бактериального заселения кишечника у новорожденных отмечается**

1. 3 фазы
2. 4 фазы
3. 2 фазы
4. 5 фаз
5. 6 фаз

**7. Максимальная убыль первоначальной массы тела имеет степени**

1. 3
2. 2
3. 4
4. 5

5. 6

**8. При физиологической желтухе наблюдается**

1. увеличение непрямого билирубина
2. увеличение прямого билирубина
3. увеличение непрямого и прямого билирубина
4. увеличение непрямого билирубина и аланинтрансферазы
5. нормальная концентрация непрямого билирубина

**9. К пограничным состояниям кожных покровов относятся**

1. пузырьчатка новорожденного
2. опрелость
3. потница
4. простая эритема
5. телеангиэктазии

**Ответы:**

1 - 5; 2 - 1; 3 - 1; 4 - 1; 5 - 1; 6 - 1; 7 - 1; 8 - 1; 9 - 4

**Тема 5.**

**1. Наиболее частыми осложнениями хронической фетоплацентарной недостаточности со стороны плода являются:**

1. хроническая в/у гипоксия,
2. задержка внутриутробного развития плода,
3. угроза прерывания беременности,
4. недоношенность,
5. все перечисленное.

**2. Наиболее часто встречающимися осложнениями при переношенной беременности являются:**

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

**3. Причиной нарушения становления биоценоза кишечника у новорожденного ребенка чаще всего является:**

1. гипоксия в родах
2. отсасывание слизи из желудка сразу после рождения
3. проведение реанимационных мероприятий в родильном зале
4. отсутствие грудного вскармливания с первых часов жизни

**4. Этиологическим фактором в возникновении фиброэластоза у новорожденных детей обычно является:**

1. хроническая внутриутробная гипоксия
2. отягощенная наследственность
3. внутриутробная энтеровирусная инфекция
4. прием матерью во время беременности медикаментов, обладающих тератогенным действием

**5. У новорожденных токсичность аминогликозидов возрастает при следующих ситуациях:**

1. тяжелая гипоксия
2. обезвоживание
3. почечная недостаточность
4. все ответы верны

**6. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют факторы:**

1. гипоксия
2. ацидоз
3. гипогликемия
4. все перечисленные факторы

**7. После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваше следующее действие:**

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



**8. 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

**9. Введение ротового воздуховода при проведении масочной ИВЛ новорожденному в родильном зале показано при:**

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

**10. 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
5. отсутствие самостоятельного дыхания, брадикардия менее 100 ударов в минуту, судорожное дыхание

**Ответы:**

1 - 5; 2 - 4; 3 - 4; 4 - 3; 5 - 4; 6 - 4; 7 - 4; 8 - 1; 9 - 5; 10 - 5

**Тема 6**

**1. 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%
- 4) 115-120%

**2. Непастеризованное молоко, собранное у матери в ночные часы можно хранить в холодильнике молочной комнаты родильного дома, в течение:**

- 1) не более 6 часов
- 2) не более 12 часов
- 3) не более 24 часов
- 4) не более 48 часов

**3. 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.

**4. Влажная уборка палат в отделении новорожденных родильного дома должна производиться:**

- 1) 1 раз день
- 2) 2 раза день
- 3) 3-5 раз день
- 4) 6-7 раз день.

**5. Показания к переводу новорожденного из родильного дома в стационар определяет:**

- 1) заведующий отделением новорожденных роддома
- 2) главный врач роддома
- 3) заведующий отделением новорожденных стационара
- 4) главный врач стационара

**6. Перинатальный центр должен обязательно иметь в своей структуре:**

- 1) консультативно-диагностический блок

- 2) акушерский блок
- 3) педиатрический блок
- 4) все названные подразделения

**7. Относительная влажность воздуха в палатах для новорожденных родильного дома должна быть:**

- 1) 20-30%
- 2) 40-50%
- 3) 55-60%
- 4) 70-80%

**8. 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

**9. Переводу в обсервационное отделение акушерского стационара не подлежат:**

- 1) новорожденные от матерей с гипертермией в послеродовом периоде
- 2) дети, родившиеся вне родильного дома
- 3) «отказные» дети, подлежащие усыновлению
- 4) дети, заболевшие гнойно-септическими заболеваниями в физиологическом отделении роддома

**10. Предвестниками эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре являются:**

- 1) появление среди новорожденных заболеваний одной нозологической формы
- 2) возникновение случая инфекционного заболевания с тяжелым течением (сепсис, менингит и т.д.)
- 3) групповые инфекционные заболевания (более 3-х детей одновременно)
- 4) любой из перечисленных факторов

**Ответы:**

1- 3; 2 – 2; 3 - 1; 4 – 3; 5 – 1; 6 – 4; 7 – 3; 8 – 1; 9 – 4; 10 – 4

**Тема 7.**

**1. Беременным с RH(-) принадлежностью крови необходимо**

1. проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц
2. проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели
3. проводить мониторинговое наблюдение за состоянием плода
4. проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию
5. родоразрешение операцией кесарева сечения

**2. Профилактика иммунологического конфликта между матерью и плодом заключается**

1. во введении резус-отрицательным женщинам анти-D-глобулина после аборт и родов
2. в переливании крови с учетом резус фактора и группы крови
3. в профилактике первого аборта у резус-отрицательных женщин
4. в бережном родоразрешении женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови через естественные родовые пути
5. в родоразрешении операцией кесарева сечения

**3. При развитии иммунологического конфликта между матерью и плодом роды могут осложняться**

1. ранним излитием околоплодных вод
2. разрывом матки
3. кровотечением в третьем периоде родов
4. интранатальной гибелью плода
5. гипоксией плода

**4. В комплекс препаратов, используемых для неспецифической терапии иммунологического конфликта между матерью и плодом, входит**

1. раствор глюкозы
2. эссенциале
3. раствор сибетина
4. глюконат кальция
5. сернокислая магнезия

**5. Причиной желтухи у новорожденных может быть**

1. гемолитическая болезнь
2. функциональная незрелость печени
3. гемолитическая анемия
4. недоношенность
5. вирусный гепатит

**6. Гипоксия плода может быть диагностирована с помощью**

1. аускультации
2. фоно-электрокардиографии
3. пробы Залинга
4. рентгенологического исследования
5. амниоскопии

**7. Профилактика гемолитической болезни плода включает**

1. неспецифическую десенсибилизирующую терапию
2. назначение токолитиков
3. введение стафилококкового гамма-глобулина
4. общее УФО
5. трансплантацию беременным лоскута кожи, взятого у мужа

**8. Гемолитическая болезнь новорожденного обычно проявляется**

1. гипербилирубинемией
2. сужением швов и родничков
3. распространенными отеками
4. бледностью и желтушностью кожных покровов
5. расстройством функций сердечной и дыхательной систем

**9. При нарастании тяжести гемолитической болезни плода**

1. показано досрочное родоразрешение
2. у беременной часто развивается кетоацидоз
3. возрастает титр антител в крови матери
4. у него развивается гипоксия
5. у беременных проявляется протеинурия

**10. Гемолитическая болезнь новорожденного возникает в результате**

1. сенсibilизации резус-антигенами
2. [внутриматочной инфекции
3. сенсibilизации антигенами системы АВО
4. хронической гипоксии плода при позднем токсикозе беременных
5. сенсibilизации лейкоцитарными антигенами

**Ответы:**

1- 1,2,3,4    2 – 1;2,3,4    3 – 4,5    4 – 1,2; 3,;4    5 – 1;2,3,4,5    6 – 1,2,3,5;    7 – 1,4,5;    8 – 1;3,4,5    9 – 1,3, 4;    10 – 1,3

**Тема 8.**

**1. Для внутриутробной инфекции плода характерно:**

1. наличие инфекционно-воспалительного процесса у матери
2. фиброзно-склеротическая деформация органов у плода
3. крупная масса тела при рождении
4. полицитемический синдром
5. конъюгационная желтуха

**2. Для выявления внутриутробных инфекций у новорожденных**

Используют методы:

1. бактериологический
2. вирусологический
3. иммуноферментный
4. пцр
5. биохимический

Укажите один правильный ответ

**3. На основании клинической картины точный диагноз**

Внутриутробной инфекции с указанием этиологического фактора

Установить:

1. можно всегда

- 2.нельзя никогда
  - 3.можно лишь в отдельных случаях
- Укажите все правильные ответы

**4. По характеру течения в цитомегаловирусной инфекции**

Выделяют:

- 1.волнообразное
- 2.гладкое
- 3.негладкое

**5. Причины репликации цитомегаловируса во время беременности:**

- 1.снижение функции клеточного звена иммунитета
- 2.нарастание гуморального звена иммунитета
- 3.хроническая внутриутробная гипоксия плода
- 4.гипогликемия у матери

**6. Клиническими проявлениями цитомегаловирусной инфекции при Рождении могут быть:**

- 1.низкая масса тела при рождении
- 2.гепатоспленомегалия
- 3.персистирующая желтуха
- 4.тромбоцитопения, анемия, геморрагическая сыпь
- 5.микроцефалия и хориоретинит
- 6.пузыри на коже

**7. Лабораторными проявлениями цитомегаловирусной инфекции являются:**

- 1.анемия гипорегенераторная
- 2.тромбоцитопения
- 3.лейкоцитоз или лейкопения
- 4.сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 5.полицитемический синдром (ht 65%)

**8. Лабораторными методами диагностики цитомегаловирусной инфекции являются:**

- 1.ифа, пцр
- 2.вирусологический
- 3.бактериологический
- 4.общий анализ крови

**9. Биохимические показатели внутриутробных инфекций являются:**

- 1.повышение уровня трансаминаз
- 2.диспротеинемия
- 3.повышение уровня прямого билирубина, холестерина, с-реактивного белка
- 4.снижение уровня кальция, магния, хлоридов
- 5.снижение креатинина

Укажите один правильный ответ

**10. При лечении цитомегаловирусной инфекции используют:**

- 1.цитотек
- 2.пирацетам
- 3.актовегин
- 4.эритромицин

**Ответы:**

1- 1,2,2 – 1,3,4 ; 3 - 3; 4 –1,2 ; 5 – 1,2,;3 6 – 1,2,3,4,5 ;7 – 1,2,3;8 – 1; 2,3 9 –1.2.3. 4; 10 – 1

**Тема 9**

**1. Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь при возникновении гипертермии у недоношенных детей с массой тела менее 2000 грамм:**

1. сепсис
2. гнойный менингит
3. кишечную инфекцию
4. пневмонию

**2. К проявлениям инфекционного токсикоза у недоношенных детей относится:**

1. снижение активного сосания

2. гипотония и гиподинамия
3. серость кожных покровов
4. приступы апноэ
5. все перечисленные симптомы
- 3. В каком возрасте наиболее часто РДС у недоношенных детей осложняется развитием пневмонии:**
  1. 1-2 день
  2. 3-4 день
  3. 5-6 день
  4. 7-8 день
  5. 9-10 день
- 4. Укажите наиболее точный способ расчета питания недоношенному ребенку:**
  1. объемный
  2. калорийный
  3. по формуле Шкариной
  4. по формуле Зайцевой
- 5. Какие причины обуславливают трудности вскармливания недоношенных детей, особенно в первые 2 недели жизни:**
  1. незрелость пищеварительной системе
  2. незрелость нервной системы
  3. сопутствующие заболевания
  4. все ответы правильные
- 6. Какое число тромбоцитов у недоношенных детей позволяет думать о развитии тромбоцитопении:**
  1. ниже 100000 в мкл
  2. ниже 150000 в мкл
  3. ниже 200000 в мкл
  4. ниже 300000 в мкл
- 7. Дифференциальная диагностика между различными видами гипербилирубинемий у недоношенных детей проводится на основании:**
  1. анамнестических данных
  2. клиники
  3. лабораторных исследований
  4. совокупности всех данных
- 8. Какая из перечисленных причин чаще вызывает развитие анемии у недоношенного ребенка сразу после рождения:**
  1. тяжелая анемия у матери
  2. кровотечения, вызванные дефицитом факторов свертывания
  3. кровотечения у плода и новорожденного, вызванные акушерскими осложнениями
- 9. Расчет объема кормления у ребенка с внутриутробной гипотрофией в первые дни жизни проводится:**
  1. на фактический вес
  2. на долженствующий вес
  3. на средне долженствующий вес
- 10. Какая основная причина развития поздней неонатальной пневмонии у недоношенных детей:**
  1. осложнение РДС
  2. внутриутробное инфицирование
  3. аспирация в родах
  4. осложнение ОРВИ

**Ответы:**

1 – 4; 2 – 2; 3 – 5; 4 – 3; 5 – 2; 6 – 4; 7 – 2; 8 – 3; 9 – 1; 10 – 4

**Тема 10.**

**1. Профилактика геморрагической болезни новорожденных включает:**

1. введение 1% раствора викасола
2. введение витамина в12
3. применение курантила

укажите все правильные ответы

**2. В классификации геморрагической болезни у новорожденных выделяют:**

1. раннюю форму
2. позднюю форму
3. скрытую форму
4. классическую форму

**3. Характерными симптомами ранней формы геморрагической болезни у новорожденных являются:**

1. мелена
2. кровоточивость при отпадении пупочного канатика
3. кожный геморрагический синдром
4. кефалогематома
5. парезы конечностей

**4. Дифференциальный диагноз геморрагической болезни у новорожденных проводится с:**

1. наследственными коагулопатиями
2. тромбоцитопенической пурпурой
3. ДВС
4. ложной меленой
5. вуи

**5. Задачами лечения геморрагической болезни новорожденных являются:**

1. купирование дефицита витамина К
2. остановка кровотечений
3. лечение проявлений геморрагической болезни

**6. В гемограмме при геморрагической болезни новорожденных типичны:**

1. анемия на 2-3 день после кровотечения
2. гипокоагуляционный сдвиг в коагулограмме
3. тромбоцитопения
4. ретикулопения

**7. Пренатальная профилактика геморрагической болезни включает:**

1. лечение хронической и острой гипоксии у матери
2. профилактика невынашивания
3. фототерапия матери

**8. Механизмы развития геморрагической болезни у новорожденных включают:**

1. дефицит витамина К в крови
2. синтез неактивных факторов свертывания крови (II, VII, IX, X), неспособных связывать ионы  $Ca^{2+}$
3. тромбоцитопения, тромбоцитопатия
4. ДВС смешанного генеза

**Ответы:**

1 – 1; 2 – 1, 2; 4 3 – 1, 2, 3, 4; 4 – 1, 2, 3; 4 5 – 1, 2; 3 6 – 1; 2 7 – 1, 2; 8 – 1; 2

## **2.2. Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля**

1. Реанимационная помощь ребенку, рожденному в состоянии асфиксии (юридические аспекты).
2. Реанимационная помощь ребенку, рожденному в состоянии асфиксии тяжелой степени (юридические аспекты).
3. Аспирационный синдром. Адекватная неотложная помощь новорожденному.
4. Меконияльная аспирация. Адекватная неотложная помощь новорожденному.
5. Лечебно-охранительный режим новорожденному, рожденному в состоянии асфиксии.
6. Лечебно-охранительный режим для глубоко недоношенного новорожденного.
7. Современные принципы мониторинга основных витальных функций новорожденного ребенка.
8. Травматический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
9. Гипоксический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
10. Кардиологический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
11. Гиповолемический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
12. Септический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
13. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Современные методы диагностики и лечения.

14. Инфузионная терапия при гипертонической дегидратации у новорожденных.
15. Спонтанное дыхание под постоянным повышенным давлением. Принципы использования. Показания и противопоказания.
16. Высоочастотная искусственная вентиляция легких. Принципы использования. Показания и противопоказания.
17. Пролонгированная искусственная вентиляция легких. Принципы использования. Показания и противопоказания.
18. Менингит у новорожденных. Современные методы диагностики и лечения.
19. Перинатальные пневмонии. Современные методы диагностики и лечения.
20. Конъюгационные желтухи у новорожденных. Современные методы диагностики и лечения.
21. Гипербилирубинемия. Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
22. Острая надпочечниковая недостаточность у новорожденных. Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
23. Фетальный гепатит. Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
24. Парентеральное питание у новорожденных детей.
25. Принципы инфузионной терапии у доношенных детей.
26. Принципы инфузионной терапии у недоношенных детей.
27. Синдром дыхательных расстройств у новорожденного ребенка.
28. Респираторный дистресс-синдром у новорожденного ребенка.
29. Современные принципы перинатологии.
30. Диафрагмальные грыжи у новорожденного ребенка.

**Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем**

### **2.3. Перечень тем для написания эссе для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

1. Внутриутробное развитие плода.
2. Инвазивные и неинвазивные методы диагностики состояния плода.
3. Токсические эмбриофетопатии (табачный, алкогольный, промышленный синдромы плода, особенности состояния новорожденных, родившихся у женщин с наркоманией и токсикоманией).
4. Влияние хронических заболеваний матери и патологии беременности на состояние новорожденных детей.
5. Понятие о смешанном и искусственном вскармливании детей первого года жизни.
6. Психологические особенности диады «мать-новорожденный». Особенности общения с мамой больного ребенка. Стадии переживания «синдрома утраты».
7. Группы риска и группы здоровья новорожденных, факторы риска по тугоухости и глухоте.
8. Вакцинопрофилактика новорожденных в роддоме (против туберкулеза, гепатита В). Сроки, условия вакцинации, противопоказания.
9. Первичный туалет новорожденного. Профилактика инфекционных заболеваний глаз.
10. Уход за пуповинным остатком, пупочной ранкой, кожным покровом в детском отделении роддома.
11. Уход за новорожденным дома. Рекомендации по вопросам кормления, купания, уходом за кожным покровом, обработки пупочной ранки; прогулки.
12. Понятие об инициативе «Больница доброжелательного отношения к ребенку».
13. Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (10 принципов успешного грудного вскармливания).
14. Преимущества грудного вскармливания. Состав грудного молока. Фазы становления лактации.
15. Вскармливание новорожденных в роддоме. Понятие о раннем прикладывании к груди.
16. Окситоциновый и пролактиновый рефлекс. Признаки правильного прикладывания ребенка к груди.
17. Консультирование по грудному вскармливанию. Навыки «Слушать и узнавать», «Формирования уверенности и оказания поддержки».
18. Адаптация новорожденного к внеутробной жизни. Синдром «только-что родившегося ребенка». Понятие импринга.
19. Особенности терморегуляции новорожденных. Профилактика переохлаждения и перегревания.

20. Пограничные состояния новорожденных: транзиторное кровообращение.
21. Пограничные состояния новорожденных: физиологическая желтуха.
22. Пограничные состояния новорожденных: гормональный криз.
23. Пограничные состояния новорожденных: транзиторная убыль массы.
24. Пограничные состояния кожи новорожденных.
25. Транзиторные состояния со стороны мочевыделительной системы.
26. Транзиторные состояния со стороны желудочно-кишечного тракта.
27. Биоценоз новорожденных. Этапы становления микробиоценоза основных биотопов у новорожденных.
28. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Причины. Патогенез. Диагностика. Возможные последствия для новорожденного ребенка.
29. Понятие о кардиореспираторной депрессии новорожденного. Причины, диагностика.
30. Асфиксия новорожденного. Факторы риска. Патогенез.
31. Оценка степени тяжести асфиксии новорожденного. Принципы диагностики асфиксии. Оценка по шкале Апгар, ее значение.
32. Асфиксия новорожденного. Первичная реанимационная помощь. Приказ МЗ РФ № 000.
33. Адаптация новорожденных, перенесших острую асфиксию в родах. Постгипоксические состояния у новорожденных, церебральная ишемия. Уход, кормление, лечение в остром периоде.
34. Родовая травма. Причины. Классификация. Исходы.
35. Родовая травма. Надчерепные кровоизлияния. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
36. Родовая травма. Эпидуральное и субдуральное внутрочерепное кровоизлияние. Факторы риска. Клинические проявления при различной локализации кровоизлияния (дифференциальный диагноз). Выхаживание и лечение. Исходы.
37. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология, патогенез, клинические проявления.
38. Родовые повреждения спинного мозга. Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
39. Родовые повреждения периферических нервов (парезы и параличи). Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
40. Задержка внутриутробного развития. Понятие. Причины. Классификация. Клинические проявления. Особенности адаптации детей. Обследование, условия выхаживания, вскармливания. Профилактика.
41. Недоношенный ребенок. Понятие. Причины недонашивания беременности. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Понятие о заболеваниях, обуславливающих возможную инвалидность у недоношенных.
42. Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей.
43. Классификация детей с низкой массой при рождении. Особенности течения периода адаптации у маловесных новорожденных. Профилактика нарушений периода адаптации. Понятие о методе «кенгуру».
44. Понятие о трехэтапной системе выхаживания недоношенных детей. Организация режима ухода за недоношенными детьми в род. доме.
45. Организация ухода за недоношенными детьми на втором этапе выхаживания. Показания и противопоказания для перевода недоношенных детей на второй этап выхаживания. Правила выписки детей.
46. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде. Условия начала энтерального кормления. Способы кормления. Расчет питания. Понятие трофического питания.
47. Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных. Этиология, патогенез, клинические проявления. Лечение. Исходы.
48. Особенности физического развития и неврологического статуса недоношенных новорожденных.
49. Внутриутробные инфекции. Цитомегаловирусная инфекция. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы.
50. Внутриутробные инфекции. Токсоплазмоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.

**Темы эссе могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.**



## 2.4. Перечень ситуационных задач для самопроверки при подготовке к занятиям

### Задача №1

Ребенок А., мальчик. Мать – 22 года, здорова. Профессиональных вредностей не имеет, Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/ 70 мм.рт.ст. В сроке 20 недель отмечена анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 6 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените данные акушерского анамнеза
3. Выявите переходные состояния.
4. Обоснуйте их происхождение.
5. Рассчитайте объем необходимого питания на третьи сутки жизни.
6. Нужна ли коррекция питания?
7. Потребна ли дополнительная консультация специалистов?
8. Нужны ли дополнительные методы обследования?
9. Обоснуйте принципы ведения ребенка в родильном доме
10. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?
11. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

### Задача №2

Ребенок В, мальчик, родился в срок с массой тела 3250 г. Ребенок от первой беременности. Женщина встала на учет в женской консультации в восемь недель беременности. В первой половине отмечался легкий, непродолжительный токсикоз. В 20 недель беременности диагностирована анемия легкой степени – Hb 102 г/л. В 34-36 недель отмечались отеки на ногах. Общая прибавка в массе – 6 кг.

Продолжительность родов 18 часов. Безводный период – 2 часа. Родостимуляция по схеме Штейна. Первый период 17 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Околоплодные воды (передние и задние светлые). Ребенок закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые сутки. Грудь взял хорошо. Остаток пуповины отсечен на третьи сутки.

Осмотрен на 5 сутки жизни. Кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Пупочная ранка влажная. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените переходные состояния.
3. Необходимы ли лечебные мероприятия?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать изменения со стороны грудных желез?
5. Каковы причины изменений грудных желез и мошонки?
6. С чем связаны проявления со стороны желудочно-кишечного тракта?
7. Нужна ли консультация хирурга?
8. Опишите необходимые мероприятия в родильном доме.
9. Можно ли выписать ребенка домой?
10. Дайте рекомендации при выписке.

### Задача №3

Ребенок Н, девочка, родился при сроке гестации 40 недель. Беременность вторая. Первая закончилась медицинским абортom без осложнений. На учете в женской консультации с 15 недель беременности. В первой половине отмечался токсикоз в течении двух недель. С 22 недель беременности диагностирована анемия (Hb – 98 г/л). Во второй половине беременности отмечались отеки на конечностях, патологическая прибавка в весе. В анализе мочи белок до 0,099

г/л. Артериальное давление поднималось до 140/90 мм.рт. ст. В сроке 32-34 недели лечилась в стационаре по поводу позднего токсикоза беременных. Продолжительность родов 26 часов. Первый период 25 часов 20 мин., потужной период 40 мин. Безводный период 6 часов. Стимуляция окситоцином и энзапростом. Предлежание затылочное.

Ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Масса тела 3450 г., длина тела 49 см. окружность головы 35 см., окружность груди 33,5 см. Оценка по шкале Апгар 4-7 баллов. Околоплодные воды зеленые с примесью частиц мекония. Околоплодные оболочки легко рвутся. Плацента мясистая с кальцификатами.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины, приведшие к данной патологии
3. Укажите профилактические мероприятия во время беременности
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы во время беременности для прогнозирования данной патологии?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
6. Опишите первичные мероприятия в родовом зале.
7. Можно ли ребенка приложить к груди и когда?
8. Назовите мероприятия по уходу и питанию ребенка.
9. Назначьте лечение в родильном доме.
10. Укажите способы подачи кислородно-воздушной смеси.
11. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
12. Нужны ли консультации специалистов?

#### **Задача №4**

Ребенок К, мальчик, родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с токсикозом первой половины в течении трех недель. В 16 недель беременности перенесла ОРЗ, лечилась домашними средствами. С 25 недели диагностирована анемия – Hb – 100 г/л. Лечилась препаратами железа. Во второй половине беременности диагностирован поздний токсикоз беременных - отеки, патологическая прибавка в весе, подъем артериального давления до 145/90 мм.рт.ст. На УЗИ в 26 недель беременности – признаки фетоплацентарной недостаточности. У женщины рахитически суженый таз.

Масса тела ребенка при рождении 3900 г.. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов.

В детском отделении на третьи сутки: отмечается беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Сухожильные рефлексы оживлены. Безусловные рефлексы снижены. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см., баллотирует, ограничено швами.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины привели к развитию данного патологического состояния?
3. Какие отклонения в течении беременности способствовали возникновению патологии ?
4. Какова тактика ведения ребенка в родильном доме?
5. Можно ли проводить профилактические прививки?
6. Нужны ли дополнительные методы обследования?
7. Есть ли необходимость в консультации специалистов?
8. Проведите дифференциальную диагностику.
9. Опишите возможные осложнения.
10. Требуется ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

#### **Задача №5**

Ребенок С, мальчик, от первой беременности, протекавшей с гестозом первой половины в течение двух недель. Во второй половине беременности отмечалась избыточная прибавка в массе тела, отеки нижних конечностей. Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Эпизиотомия не проводилась. Родостимуляция окситоцином.

Ребенок родился с массой тела 4500 г., длина тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Плацента увеличена в размерах, рыхлая.

При осмотре в отделении новорожденных - состояние средней тяжести. На манипуляции реагирует вяло. Мышечный тонус снижен. Безусловные рефлексы угнетены. При пальпации ключиц справа определяется припухлость, крепитация. Правонадплечье короче левого. Правую руку щадит.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Поясните причины выявленных изменений.
3. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Нуждается ли ребенок в дополнительных консультациях специалистов?
6. Принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
7. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
8. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
9. Показан ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

#### **Задача №6**

Ребенок Д, девочка, от второй беременности, первых родов при сроке 38 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20- 24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностировангестационный пиелонефрит. Проводилось лечение.

Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Закричал после отсасывания содержимого из верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы суховаты, бледные с цианотичным оттенком, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 5 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная диффузная гипотония, положительные миотонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины выявленных изменений.
3. Опишите особенности переходных состояний при данной патологии.
4. Нужны ли дополнительные методы исследования?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Обоснуйте принципы выхаживания ребенка.
7. Опишите принципы вскармливания.
8. Можно ли делать профилактические прививки?
9. Можно ли ребенка выписать домой?
10. Дайте рекомендации при выписке.

#### **Задача №7**

Ребенок С, мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. У женщины кровь Rh- отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1: 16. Ребенок родился а срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в детское отделение через два часа.

На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз., мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пуэрильное дыхание, Ч.Д. 50 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 4 см. ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки на 3 см. ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери 11, ребенка 1. Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови общий 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось : стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 102 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.

2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы ?
5. Нужны ли консультации специалистов?
6. Назначьте лечение. Имеются ли показания к заменному переливанию крови?
7. Опишите технику заменного переливания крови.
8. Назовите альтернативные методы хирургической детоксикации.
9. Можно ли делать профилактические прививки?
10. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
11. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

#### **Задача №8**

Ребенок Н, мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с токсикозом первой половины, ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности.

Роды произошли в 27 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго – 15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре : значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком. Раздувание крыльев носа, Ч.Д. 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС 148 в минуту. Оценка по шкале Доунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Пенный тест Клементса слабоположительный. На Rg-грамме грудной клетки – многочисленные тени мелких ателектазов.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие причины способствовали развитию невынашивания в данном случае?
4. Опишите патогенез заболевания у данного ребенка.
5. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
6. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
7. Опишите принципы терапии в родильном доме.
8. Какие возможные осложнения?
9. Проведите дифференциальный диагноз имеющейся у ребенка патологии.
10. Можно ли делать профилактические прививки?
11. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

#### **Задача №9**

Ребенок В, девочка, беременность третья, роды первые. Первая беременность закончилась медицинским абортом без осложнений, вторая – выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала с тяжелым токсикозом первой половины в течение трех недель. В сроке 18 недель диагностирована угроза выкидыша, две недели лечилась в стационаре. Продолжительность первого периода родов 6 часов, второго – 20 минут, безводный период 4 часа. Околоплодные воды мутные, зеленоватые.

Ребенок родился в срок с двукратным обвитием пуповиной вокруг шеи. Масса тела при рождении 3400 г. Закричал после отсасывания слизи из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди в первые сутки. На 8 часу жизни срыгнул алой кровью обильно. На 26 часу жизни на пеленке меконий с красным ободком крови.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию данной патологии?
3. Выделите основные патогенетические звенья заболевания.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Перечислите дополнительные методы исследования.
6. Назовите причины синдрома «заглоченной крови».
7. Какие мероприятия экстренной помощи необходимы?

8. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
9. Можно ли делать профилактические прививки?
10. Назначьте лечение.
11. Требуется ли перевод в стационар?

#### **Задача №10**

Ребенок К, мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут. Безводный период 2 часа.

При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 граммов, оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Пуповинный остаток отсечен на третьи сутки. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8°. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре в приемном покое возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы с вялой, морщинистой крышечкой, венчиком гиперемии вокруг размером 5-15 мм., легко снимаются. Температура тела 38 °. В анализе крови Нб 160 г/л, эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , ЦП 0,97, СОЭ 5 мм в час, лейкоциты  $8 \cdot 10^9/л$ , п -1%, с 33%, э 1%, л 60%, м 5%.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
  2. Опишите мероприятия при поступлении.
- Назовите необходимые эпидемиологические мероприятия в родильном доме.
1. Каковы причины заболевания ребенка?
  2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
  3. Нужны ли консультации специалистов?
  4. Изложите принципы ухода за ребенком
  5. Назначьте местное лечение.
  6. Обоснуйте принципы терапии.
  7. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
  8. Проведите дифференциальный диагноз.
  9. Каковы возможные исходы и прогноз при данной патологии?

#### **Задача №11**

Ребенок П, девочка, осмотрен педиатром в условиях дома в возрасте 14 дней. При осмотре пупочной области отек и гиперемия краев пупочной ранки, инъеция сосудов кожи вокруг нее. При раскрытии ранки и массаже пупочных сосудов выделился сливкообразный гной. Из анамнеза известно, что ребенок от юной первобеременной, первородящей женщины. Матери 16 лет. Брак не зарегистрирован. Беременность нежеланная. Мать курит. Бытовые условия неудовлетворительные.

Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение 4 недель. На учете в женской консультации женщина не состояла. Роды на 37 неделе беременности, масса тела ребенка при рождении 2900 г.

Ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. К груди приложен на третий день жизни, в родильном доме сосал плохо. Пуповина отсечена на 4 день жизни. Отмечалось медленное заживление пупочной ранки. Из родильного дома выписан на 7 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Дома находился на смешанном вскармливании, уход осуществлялся плохо.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какова должна быть тактика врача-педиатра?
3. Назовите причины заболевания.

4. Обоснуйте принципы общего и местного лечения.
5. Опишите мероприятия по уходу за ребенком.
6. Назначьте питание.
7. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
8. Назовите принципы антибиотикотерапии при гнойно-септических заболеваниях у новорожденных.
9. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
10. Укажите возможные осложнения.
11. Каков прогноз в данном случае?
12. Изложите принципы профилактики данной патологии.

#### **Задача №12**

Ребенок Т, мальчик, от первой беременности, извлечен путем Кесарева сечения. Женщина возрастная первородящая, 34 года. Имеет миопию тяжелой степени. Беременность протекала с угрозой выкидыша в 12 недель. Токсикоз первой половины в течении 2 недель. Во второй половине беременности женщина лечилась в стационаре по поводу ОПГ гестоза. В сроке 38 недель беременности произведено плановое родоразрешение под общей анестезией.

Извлечен мальчик, с массой тела 3100 г. в состоянии наркотической депрессии. Закричал слабо, после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. К груди приложен на третьи сутки, сосал в родильном доме слабо. Выписан домой на 11 день жизни в удовлетворительном состоянии.

Перенес ОРЗ в возрасте 18 дней после контакта с больной матерью. На пятый день заболевания состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 38,5°. Отказывался от груди. Появилась одышка смешанного типа с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий до 70 в 1 мин. ЧСС 140 в минуту. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом, цианотичны. В легких при аускультации множественные рассеянные мелкопузырчатые хрипы.

После осмотра участковым педиатром госпитализирован в отделение патологии новорожденных. При обследовании в стационаре - Rg-логически: легочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, местами сгущен, определяются многочисленные мелкоочаговые тени с обеих сторон. В анализе крови Нв 140 г/л, Le 18 г/л, п.я.-18%, с.я.-41%, Л- 32%, М- 6%, Э-3%.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Правильна ли тактика врача-педиатра на участке?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Проведите дифференциальный диагноз данной патологии.
7. Перечислите возможные осложнения.
8. Обоснуйте принципы вскармливания больного.
9. Назначьте этиологическую терапию.
10. Сформулируйте принципы патогенетической терапии данного заболевания.
11. Каковы меры по предупреждению данной патологии?

#### **Задача №13**

Ребенок С, мальчик, в возрасте 18 дней доставлен в стационар. Анамнез: у матери во время беременности диагностирован бактериальный вагиноз. В 34 недели беременности отмечалось обострение хронического тонзиллита. Ребенок родился в срок с массой тела 2900 г. Околоплодные воды зеленые с неприятным запахом. Плацента увеличена в размерах, с наличием кальцификатов, признаками плацентита и дефектом тканей.

После родов предпринято повторное выскабливание в связи с подъемом температуры у родильницы и наличием сукровичных выделений. Назначалась антибактериальная терапия. Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза, и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в стационар.

При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы бледные, с грязновато-желтушным оттенком, акроцианоз. Пупочная ранка влажная, с сукровичным отделяемым, пальпируются пупочные сосуды. Живот вздут, на коже гиперемированной передней брюшной стенки выражена венозная сеть. Внизу живота – пастозность. Вследствие резкого

вздутия живота край печени пальпируется с трудом на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Стул скудный, зловонный с зеленью и прожилками крови.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Правильна ли тактика неонатологов родильного дома?
3. Назовите причины заболевания.
4. В какое отделение стационара должен быть госпитализирован ребенок?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные исследования потребуются?
7. Обоснуйте принципы ухода за ребенком.
8. Как должен вскармливаться больной?
9. Проведите дифференциальный диагноз.
10. Каковы принципы этиологической терапии в данном случае?
11. Обоснуйте патогенетическую терапию.

#### **Задача №14**

Ребенок К, мальчик, от третьей беременности у возрастной первородящей. Возраст 32 года. Предыдущие беременности закончились выкидышами в сроке 12 и 16 недель. Данная беременность протекала угрозой выкидыша в сроке 10 и 18 недель, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. В первой половине беременности отмечался токсикоз в течение 2 недель. В 20-24 недели отеки на ногах.

Роды стремительные (первый период 2 часа, второй – 10 минут), произошли при сроке гестации 26 недель. Масса тела ребенка при рождении 1180 г. Отмечалось длительное апноэ, которое затем неоднократно повторялось.

Со вторых суток жизни подергивание конечностей. Выраженная гиподинамия, арефлексия. В легких резко ослабленное дыхание, влажные единичные хрипы, розовые пенистые выделения изо рта. В дальнейшем на Rg-грамме: диффузное снижение прозрачности легочных полей «размытый» легочный рисунок. Нейросонограмма: эхонегативные образования в сосудистых сплетениях боковых желудочков.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите признаки недоношенности.
3. Укажите возможные причины невынашивания
4. Каковы этиология и патогенез изменений со стороны легочной системы в данном случае?
5. Выделите патогенетические звенья поражения нервной системы у ребенка.
6. Тактика ведения в родильном доме.
7. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
8. Проведите дифференциальный диагноз патологии дыхательной и нервной системы.
9. Обоснуйте принципы выхаживания и вскармливания больного.
10. Перечислите принципы патогенетической терапии.
11. Каковы меры профилактики данной патологии?
12. Составьте прогноз для больного.

#### **Задача №15**

Ребенок И, от первой беременности. Матери 22 года, страдает герпетической инфекцией с 12 летнего возраста. Обострения кожно-слизистой формы отмечались 2-3 раза в год. Лечилась местными препаратами (мазь Зовиракс, Бонафтон).

В конце данной беременности отмечались пузырьковые высыпания на наружных половых органах. Во время беременности токсикоз первой половины в течение 3 недель. Перенесла ОРЗ в легкой форме в сроке 20 недель. Лечилась домашними средствами.

Роды в срок. Продолжительность родов 20 часов. Первый период 19 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Родилась доношенная девочка, закричала сразу. Масса тела при рождении 3400 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в конце первых суток.

На четвертые сутки жизни состояние ухудшилось. Ребенок стал вялым, плохо сосал, срыгивал, отмечены мышечная гипотония, гипорефлексия. Периодически беспокоился. На коже туловища и конечностей появилась пузырьковая сыпь. Склеры гиперемированы, веки отечны, небольшие выделения из глаз. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.

2. Какова этиология данной патологии.
3. Какие факторы могли способствовать реализации заболевания у ребенка?
4. Установите время инфицирования.
5. Назовите этапы внутриутробного развития.
6. Характеризуйте особенности поражения плода и новорожденного в зависимости от времени заражения.
7. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
8. Нуждается ли больной в консультации специалистов?
9. Изложите принципы вскармливания ребенка.
10. Назначьте лечение.

#### **Задача №16**

Ребенок А. от первой беременности. Матери 23 года. У женщины вегетососудистая дистония с 16 летнего возраста. В женской консультации на учете с 7 недель беременности. При обследовании выявлен равномерно суженный таз. Отмечался токсикоз первой половины в течение двух недель. Анемия легкой степени во второй половине беременности. В 30-32 недели отмечались отеки на ногах. В анализах мочи следы белка.

Роды в срок, затяжные. Продолжительность первого периода 25 часов. Проводилась родостимуляция окситоцином, затрудненное выведение плечиков. Второй период 30 минут. Безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые, передние и задние, в умеренном количестве. Плацента не изменена, околоплодные оболочки целы, без признаков воспалительных изменений.

Родился мальчик в головном предлежании с массой тела 4350 г., без обвития пуповины. Отмечалось затруднение выведения плечиков. Закричал после отсасывания слизи из ротоглотки. Оценка по шкале Апгар 7/9, баллов.

При первом осмотре отмечено снижение активных движений в правой руке – лежит вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, в кисти движения сохранены. В левой руке и нижних конечностях мышечный тонус физиологический. Сухожильные рефлексы в левой руке резко снижены. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. По органам и системам без патологических отклонений.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Какие отклонения в течении беременности и родов способствовали развитию патологии?
3. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Требуется ли госпитализация ребенка в стационар?
6. Нужна ли консультация специалистов?
7. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
8. Назначьте лечение
9. Каков прогноз в данном случае?

#### **Задача №17**

Ребенок А. (девочка) от первой беременности, матери 22 года. Из анамнеза известно, что женщина страдает хроническим тонзиллитом, язвой 12-перстной кишки, эрозией шейки матки.

В сроке беременности 31 неделя отмечались проявления аллергического дерматита после приема хофитола. В 11-12 недель выявлены инфекция мочевыводящих путей, кандидозный кольпит. Проводилось лечение. Во II триместре беременности выявлен и пролечен уреоплазмоз.

Роды на 41-42 неделе, отмечались признаки хронической гипоксии плода, слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода. Произведено Кесарево сечение. При осмотре плаценты выявлены дегенеративные изменения. Околоплодные воды густо меконийные.

Ребенок извлечен с массой тела 2800 г., длина тела 50 см., окр. головы 35 см., окр. груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. При первом осмотре состояние крайне тяжелое, без дыхания, с редким сердцебиением. Проводились реанимационные мероприятия: санация ротоглотки, заинтубирован. При санации трахеи получен меконий. ИВЛ мешком Амбу. В легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Переведена в ПИТ в первые сутки жизни на аппарат ИВЛ с жесткими параметрами. Отмечалась клиника шока. Поставлен пупочный катетер, Титровался дофамин.



Состояние стало стабильнее. Не кормилась до 4 суток жизни, затем питание через зонд, усваивала. При переводе в стационар состояние с улучшением: на вспомогательной вентиляции, при самостоятельном дыхании отмечалось втяжение грудины и межреберий, на высоте вдоха влажные хрипы.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Назовите причины, способствовавшие развитию данной патологии
3. Назначьте лечение
4. Какие осложнения могут возникнуть со стороны легочной системы?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
7. Какова должна быть дальнейшая тактика ведения ребенка?
8. Каков прогноз в данном случае?

#### **Задача №18**

Ребенок С. (мальчик). Родился от первой беременности. Матери 26 лет. У женщины пролапс митрального клапана без декомпенсации. В 26 недель беременности угроза позднего выкидыша, лечилась в стационаре.

Плод развивался в условиях хронической гипоксии. Роды запоздалые, на 42 неделе гестации, длительный безводный период. Околоплодные воды густо зеленые, плацента зеленая, с кальцификатами.

Ребенок родился с массой тела 3430 г., длина тела 54 см, Окр. головы 36 см, Окр. груди 35 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей и тактильной стимуляции. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, постанывал.

Отмечены признаки переносимости, акроцианоз, западение подключичной области, ЧД 56 в 1 минуту. Снижена двигательная активность, низкий мышечный тонус, снижение рефлексов. Кормился через соску.

На третьи сутки жизни резкое ухудшение состояния: признаки респираторных нарушений, дал остановку дыхания. Проведены реанимационные мероприятия, ребенок заинтубирован и переведен на аппаратную ИВЛ в жестких режимах. Отмечался эпизод тонических судорог. По желудочному зонду – “зелень”, при осмотре живота – контурированные петли кишечника. Проводилась посиндромная терапия.

Бригадой ОРИТ переведен в отделение реанимации в очень тяжелом состоянии. При осмотре хирурга подозрение на острую хирургическую патологию. После предоперационной подготовки произведена лапаротомия, выявлено два предперфорационных участка стенки сигмовидной кишки. При лапароцентезе получено 20 мл гнойного содержимого. Выведена декомпрессионная илеостома.

В послеоперационном периоде проводилось парентеральное, затем энтеральное питание, антибактериальная, иммунотерапия, патогенетическая терапия.

При обследовании: в анализе крови: Нб – 59 г/л; Ег –  $2,1 \times 10^{12}/л$ , ЦП 0,92; Тг -  $195 \times 10^9/л$ ; Le –  $16,5 \times 10^9/л$ ; п/я – 7%; с/я – 45%; миелоциты – 4%; метамиелоциты – 2%; э – 1%; л – 26%; м – 15%. НСГ: ПВК I степени с обеих сторон, постгипоксические изменения, признаки гипертензии. Rg – грамма брюшной полости – кишечник пневматизирован на всем протяжении, умеренно неравномерно вздут, уровней жидкости, свободного газа нет. За время нахождения в стационаре отмечалась положительная динамика.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Какие причины послужили развитию патологии?
3. Правильная ли тактика ведения больного в родильном доме?
4. Оцените анализ крови
5. Что могло послужить причиной изменений со стороны крови?
6. Прокомментируйте данные НСГ и R – граммы
7. Каков прогноз для больного?

#### **Задача №19**

Ребенок (девочка) от женщины 28 лет. Родилась от третьей беременности при ЭКО, две предыдущих – внематочные (у женщины трубное бесплодие). Беременность протекала с угрозой выкидыша в 13 недель, проходила стационарное лечение. Диагностирован и пролечен лимфаденит. Во время беременности отмечалось снижение гемоглобина.

На фоне хронической гипоксии плода при ножном предлежании произведено кесарево сечение с иссечением старого послеоперационного рубца на матке в сроке 31-32 недели беременности, извлечение за ножку.

Состояние при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 3/5 баллов, по шкале Сильвермана – 6 баллов, постанывал. В легких выслушивались крепитирующие хрипы. Масса тела 1750 г., длина – 43 см, окр. головы – 29 см, окр. груди – 27 см. Переведен в ПИТ. Состояние оставалось тяжелым, отмечалась кислородная зависимость, выражены признаки дыхательной недостаточности. Периодически беспокоилась, срыгивала, отмечалось вздутие живота. Вскармливание через зонд смесью по 5-10мл. Получала оксигенотерапию, гемостатическую, инфузионную, антибактериальную.

На 3 сутки жизни отмечалось ухудшение состояния: стал более вялым, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены, в легких выслушивалась масса разнокалиберных хрипов, развился геморрагический синдром в виде кровавистого отделяемого из носовых ходов, пенистых выделений изо рта, окрашенных кровью. Переведен на масочную подачу кислорода.

По экстренным показаниям перелита свежзамороженная плазма. Отмечались кратковременные апноэ. В анализе крови :Hb – 153 г/л; Эр – 4,8 т/л; Le – 3,8 г/л; Ht – 45%, билирубин общий – 34мкмоль/л, свободный – 28 мкмоль/л. В анализе мочи следы белка, лейкоциты 4-5 в поле зрения. Проводился мониторинг сатурации, диуреза (за время наблюдения диурез достаточный).

Переведена выездной бригадой реанимации в ОРИТ детской больницы в очень тяжелом состоянии. На Rg-грамме грудной клетки выявлено: диффузное снижение прозрачности легочных полей, «размытый» легочный рисунок. Нейросонография: эхонегативные образования в сосудистых сплетениях боковых желудочков.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Какие причины привели к данной патологии?
3. Каковы функции легочногосурфактанта?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Оцените анализы крови и мочи
6. Назначьте лечение
7. Нужно ли вводить искусственный сурфактант?

**Ответы на ситуационные задачи**

1. Диагноз – Период адаптации доношенного ребенка. Переходные состояния – транзиторная убыль массы тела, токсическая эритема, мочекишный инфаркт.
2. Диагноз – Период адаптации. Переходные состояния – транзиторный катар кишечника, половой криз.
3. Диагноз - Внутриутробная гипоксия .
4. Диагноз - Родовая травма. Кефалогематома правой теменной области.
5. Диагноз - Родовая травма. Перелом ключицы справа. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-ишемическое, синдром угнетения, средней степени тяжести, острый период.
6. Диагноз - СЗВУР по гипотрофическому типу.
7. Диагноз – ГБН по Rh – фактору, желтушно – анемическая форма, тяжелое течение.
8. Диагноз – СДР. Распространенные ателектазы легких. ДН 11 ст. Недоношенность 27 нед.
9. Диагноз –ранняя геморрагическая болезнь новорожденного. Мелена, гематомезис.
- 10.Эпидемическая пузырчатка новорожденных.
- 11.Диагноз – Гнойный омфалит. Пупочный флебит.
- 12.Диагноз – Постнатальная двухсторонняя мелкоочаговая пневмония вирусно – бактериальной этиологии. ДН 11 ст, тяжелая, острый период.
- 13.Диагноз – Антенатальный сепсис, септикопиемия. Гнойный менингит. Некротизирующий энтероколит.Омфалит.
- 14.Диагноз – Недоношенность 26 нед. Малая масса тела при рождении. СДР. Отечно-геморрагический синдром. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-геморрагическое, ВЖК,синдром угнетения, судорожный синдром, тяжелое, острый период.
- 15.Врожденная герпетическая инфекция, интранатальная. Кожная форма. Герпетический кератоконъюнктивит. Острый период.
- 16.Родовая травма. Правосторонняябрахиоплексопатия, острый период.

17. СДР тяжелой степени. Синдром меконияльной аспирации. Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, острый период, синдром угнетения. СЗВУР по гипотрофическому типу. Переношенность 41-42 недели.

18. Некротизирующий энтероколит. Предперфорация сигмовидной кишки. Гнойный перитонит. Перинатальное гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС средней степени тяжести, синдром двигательных нарушений (мышечной дистонии). Неонатальные судороги. Анемия тяжелой степени, нормохромная, норморегенераторная. Переношенность.

19. СДР тяжелой степени. Отечно-геморрагический синдром. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-геморрагическое, ВЖК, синдром угнетения, тяжелой степени, острый период. Недоношенность 31-32 недели.

## **2.5. Перечень практических навыков для проведения текущего контроля успеваемости**

1. Знать основные особенности развития детей раннего возраста и их значения для нормальной жизнедеятельности ребенка;
2. Владеть методами обследований ребенка на семейную патологию;
3. Применять основные правила по режиму дня, питанию и уходу за собой для беременной женщины; правила режима дня и кормления для кормящей матери;
4. Владеть методами профилактики мастита у кормящей матери;
5. Знать физиологические особенности новорожденных детей;
6. Владеть информацией о распространенных патологиях новорожденных детей, знать их признаки;
7. Владеть информацией об основных психологических особенностях детей до 3-х лет;
8. Владеть информацией о вскармливании новорожденных – кормление грудью, искусственное кормление и смешанное кормление.
9. Применять основные правила гигиены новорожденного ;
10. Разбираться в профилактике таких заболеваний, как анемия, рахит, диатез и т.д.
11. Знать все о прививках детей раннего возраста, противопоказания и показания для прививок;
12. Владеть первой медицинской помощью в экстренных ситуациях
13. Владение техникой выполнения гигиенических, профилактических и лечебных манипуляций:
  - как правильно сцеживать и массажировать грудь;
  - как проводятся контрольные кормления;
  - правила пеленания ребенка;
  - гигиена ребенка раннего возраста;
  - правила купания малыша - малыша первые 6 месяцев нужно обязательно купать каждый день, лучше всего делать это перед последним кормлением.
14. Владеть алгоритмом купания :

При купании обязательно необходимо следить за температурой воды – 36-37 градусов. Температура воздуха в комнате не должна превышать 23-24 градуса. Купание младенца занимает по времени приблизительно 5 минут. Желательно больше по времени этого не делать. Малыша медленно опускают в воду, головку мама придерживает на своем локте. Заканчивать купание необходимо обливанием водой с кувшина на спинку ребеночка. Важным моментом является то, что вода должна быть 35 градусов. После купания ребеночка осторожно обтирают мягким полотенцем или же пеленочкой ;

  - основные положения по уходу за кожей малыша;
  - обработка пупочной раны – основные правила;
  - контроль за температурой ребенка, обязательное заполнение бланка;
  - следить за пульсом и частотой дыхания ребенка;
15. Уметь правильно делать клизмы и ставить газоотводные трубки;
16. Владеть диагностикой психологического состояния детей до года , применять их на практике;
17. Знать все о правилах закаливания малышей;
18. Владеть навыками приготовления смесей, прикормов для детей до 3-х лет.

## **3. Промежуточная аттестация**

### **3.1. Форма промежуточной аттестации – зачет**

#### **Вопросы к зачету (ПК-1; ПК-2; ПК-4):**

1. Санитарно-эпидемиологический режим родильного дома. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

2. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах. Периоды внутриутробного развития плода.
3. Понятие о перинатальной и неонатальной смертности. Структура заболеваемости и смертности новорожденных детей.
4. Методы антенатальной диагностики состояния плода (инвазивные и неинвазивные).
5. Внутриутробный психологический опыт плода.
6. Психологические особенности диады «мать-новорожденный». Особенности общения с мамой больного ребенка. Стадии переживания «синдрома утраты».
7. Группы риска и группы здоровья новорожденных, факторы риска по тугоухости и глухоте.
8. Вакцинопрофилактика новорожденных в роддоме (против туберкулеза, гепатита В). Сроки, условия вакцинации, противопоказания.
9. Первичный туалет новорожденного. Профилактика инфекционных заболеваний глаз (приказ № 000).
10. Уход за пуповинным остатком, пупочной ранкой, кожным покровом в детском отделении роддома.
11. Уход за новорожденным дома. Рекомендации по вопросам кормления, купания, уходом за кожным покровом, обработки пупочной ранки; прогулки.
12. Понятие об инициативе «Больница доброжелательного отношения к ребенку».
13. Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (10 принципов успешного грудного вскармливания).
14. Преимущества грудного вскармливания. Состав грудного молока. Фазы становления лактации.
15. Вскармливание новорожденных в роддоме. Понятие о раннем прикладывании к груди.
16. Окситоциновый и пролактиновый рефлекс. Признаки правильного прикладывания ребенка к груди.
17. Консультирование по грудному вскармливанию. Навыки «Слушать и узнавать», «Формирования уверенности и оказания поддержки».
18. Адаптация новорожденного к внеутробной жизни. Синдром «только-что родившегося ребенка». Понятие импринтинга.
19. Особенности терморегуляции новорожденных. Профилактика переохлаждения и перегревания.
20. Пограничные состояния новорожденных: транзиторное кровообращение.
21. Пограничные состояния новорожденных: физиологическая желтуха.
22. Пограничные состояния новорожденных: гормональный криз.
23. Пограничные состояния новорожденных: транзиторная убыль массы.
24. Пограничные состояния кожи новорожденных.
25. Транзиторные состояния со стороны мочевыделительной системы.
26. Транзиторные состояния со стороны желудочно-кишечного тракта.
27. Биоценоз новорожденных. Этапы становления микробиоценоза основных биотопов у новорожденных.
28. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Причины. Патогенез. Диагностика. Возможные последствия для новорожденного ребенка.
29. Понятие о кардиореспираторной депрессии новорожденного. Причины, диагностика.
30. Асфиксия новорожденного. Факторы риска. Патогенез.
31. Оценка степени тяжести асфиксии новорожденного. Принципы диагностики асфиксии. Оценка по шкале Апгар, ее значение.
32. Асфиксия новорожденного. Первичная реанимационная помощь. Приказ МЗ РФ № 000.
33. Адаптация новорожденных, перенесших острую асфиксию в родах. Постгипоксические состояния у новорожденных, церебральная ишемия. Уход, кормление, лечение в остром периоде.
34. Родовая травма. Причины. Классификация. Исходы.
35. Родовая травма. Надчерепные кровоизлияния. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
36. Родовая травма. Эпидуральное и субдуральное внутричерепное кровоизлияние. Факторы риска. Клинические проявления при различной локализации кровоизлияния (дифференциальный диагноз). Выхаживание и лечение. Исходы.
37. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология, патогенез, клинические проявления.
38. Родовые повреждения спинного мозга. Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
39. Родовые повреждения периферических нервов (парезы и параличи). Факторы риска.

- Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
40. Задержка внутриутробного развития. Понятие. Причины. Классификация. Клинические проявления. Особенности адаптации детей. Обследование, условия выхаживания, вскармливания. Профилактика.
  41. Недоношенный ребенок. Понятие. Причины недоношивания беременности. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Понятие о заболеваниях, обуславливающих возможную инвалидность у недоношенных.
  42. Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей.
  43. Классификация детей с низкой массой при рождении. Особенности течения периода адаптации у маловесных новорожденных. Профилактика нарушений периода адаптации. Понятие о методе «кенгуру».
  44. Понятие о трехэтапной системе выхаживания недоношенных детей. Организация режима ухода за недоношенными детьми в роддоме.
  45. Организация ухода за недоношенными детьми на втором этапе выхаживания. Показания и противопоказания для перевода недоношенных детей на второй этап выхаживания. Правила выписки детей.
  46. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде. Условия начала энтерального кормления. Способы кормления. Расчет питания. Понятие трофического питания.
  47. Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных. Этиология, патогенез, клинические проявления. Лечение. Исходы.
  48. Особенности физического развития и неврологического статуса недоношенных новорожденных.
  49. Внутриутробные инфекции. Цитомегаловирусная инфекция. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы.
  50. Внутриутробные инфекции. Токсоплазмоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.
  51. Внутриутробные инфекции. Листериоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.
  52. Синдром дыхательных расстройств (СДР). Понятие. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Антенатальная профилактика СДР.
  53. Оценка степени тяжести СДР по шкале Сильвермана, Доунса. Постнатальная профилактика, лечение.
  54. Гемолитическая болезнь новорожденного. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Консервативное лечение. Осложнения и исходы.
  55. Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная несовместимостью крови матери и плода по резус-антигену. Антенатальная диагностика гемолитической болезни плода и новорожденного. Принципы ante- и постнатальной профилактики. Клинические проявления.
  56. Гемолитическая болезнь новорожденного. Операция заменного переливания крови (показания, техника, осложнения).
  57. Геморрагическая болезнь новорожденного. Причины, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.
  58. Пневмонии новорожденных. Этиология, классификация, патогенез, клинические проявления в зависимости от времени инфицирования.
  59. Понятие о нозокомиальных пневмониях. Этиология, группы риска среди новорожденных. Клинические проявления.
  60. Пневмонии новорожденных. Обследование, организация ухода, кормления. Принципы лечения.
  61. Сепсис новорожденных. Понятие. Эпидемиология. Понятие о «системном воспалительном ответе».
  62. Факторы высокого риска развития неонатального сепсиса. Особенности реактивности новорожденных, обуславливающие повышенную чувствительность к инфекциям. Пути инфицирования новорожденного.
  63. Клинические и лабораторные критерии неонатального сепсиса. Понятие о гиперергическом и гипоэргическом вариантах сепсиса.
  64. Сепсис новорожденных. Принципы выхаживания, кормления, лечения. Профилактика.
  65. Адипонекроз, склерема, склередема, опрелости. Причины. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.

66. Инфекционные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки у новорожденных: везикулопустулез, псевдофурункулез. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
67. Инфекционные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки у новорожденных: пузырьчатка, эксфолиативный дерматит Риттера. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
68. Инфекционные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки у новорожденных: флегмона. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
69. Омфалит у новорожденных. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
70. Мастит новорожденного. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
71. Судорожный синдром новорожденных. Этиология, клинические проявления. Лечение.
72. Основные принципы инфузионной терапии и парентерального питания новорожденных.

### **3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине «Неонатология, перинатология»**

1. Физиология периода новорожденности.
2. Осмотр новорожденного. Оценка антропометрических данных. Особенности оценки общего состояния новорожденного
3. Грудное вскармливание новорожденного ребенка: состав женского молока; противопоказания к грудному вскармливанию; затруднения при вскармливании грудью.
4. Постнатальная адаптация и пограничные с нормой состояния.
5. Основные правила проведения профилактических прививок и скрининг тесты. Современные методы выявления специфических заболеваний плода
6. ВУИ. Трансплацентарные вирусные инфекции.
7. Воспалительные заболевания легочной ткани (внутриутробные и интранатальные пневмонии).
8. Состояние, связанные с «незрелостью» паренхимы легких. СДР. Диагностика. Тактика ведения детей с СДР.
9. Транзиторные состояния новорожденных. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
10. Цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Профилактика.
11. Герпетическая инфекция. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Профилактика.
12. Паразитарные заболевания. Токсоплазмоз. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном и постнатальном заболевании. Профилактика.
13. Грибковые инфекции. Эпидемиология. Кандидоз кожи и слизистых оболочек. Диссеминированный кандидоз. Особенности патогенеза. Диагноз. Лечение.
14. Краснуха. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Профилактика.
15. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Тактика лечения
16. Бактериальные инфекции. Стафилококковая пневмония. Особенности клиники, диагностика, лечение, осложнения. Сепсис новорожденных и недоношенных. Этиология. Особенности течения, критерии диагностики, комплексная терапия.
17. Перинатальные повреждения ЦНС. Классификация. Факторы риска и частота развития гипоксически-ишемических повреждений ЦНС у новорожденных различного гестационного возраста. Классификация гипоксически-ишемических повреждений головного мозга. Тактика ведения, лечение, прогноз.
18. Перинатальные повреждения спинного мозга. Патогенез. Клинические проявления в зависимости от топике повреждения. Лечение. Реабилитация.
19. Абстинентный синдром. Этиология. Клинические проявления, диагностика, тактика ведения, реабилитация.
20. Принципы организации отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей.
21. Родовые травмы новорожденных.

22. Иммуные формы гемолитической болезни. Несовместимость по Rh-фактору. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения.
23. Несовместимость по ABO-факторам. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения.
24. Дифференциальная диагностика желтух новорожденных. Особенности течения желтух у недоношенных. Критерии диагностики, тактика лечения.
25. ВПР. Диагностика. Тактика ведения детей с ВПР.
26. Врожденные пороки сердца «бледного» и «синего» типов. Причины. Клинические проявления. Тактика врача. Показания к оперативному лечению.
27. Медицинская генетика. Пренатальные факторы в развитии заболеваний у детей. Врожденные пороки развития.
28. Современные возможности пренатальной диагностики хронической и острой внутриутробной гипоксии плода.
29. Клиническая оценка состояния новорожденных по шкале Апгар. Клиника. Диагностика. Методы профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода.
30. Классификация задержки внутриутробного развития (ЗВУР). Функциональные оценки внутриутробного состояния плода

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.** Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

#### 4.1 Перечень компетенций с указанием индикаторов, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Индикаторы сформированности компетенций	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
				«не зачтено»	«зачтено»
ПК-1		Готовность оценить состояние пациента для составления плана сестринских вмешательств	<p><b>Знать:</b> Строение организма во взаимосвязи с функцией, топографию органов и систем, индивидуальные особенности людей разного возраста. Наиболее общие физиологические закономерности, лежащие в основе процессов жизнедеятельности организма.</p>	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания строения организма во взаимосвязи с функцией, топографии органов и систем, индивидуальных особенностей людей разного возраста. Наиболее общих физиологических закономерностей, лежащих в основе процессов жизнедеятельности организма.	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания строения организма во взаимосвязи с функцией, топографии органов и систем, индивидуальных особенностей людей разного возраста. Наиболее общих физиологических закономерностей, лежащих в основе процессов жизнедеятельности организма.
			<p><b>Уметь:</b> Применять законы наследования для расчета вероятности проявления изучаемых признаков и прогнозировать наследственные заболевания человека определять состояние органов, детали их строения, распознавать варианты нормы и аномалии их развития. Распознавать изменения тканей и органов в связи с различными физиологическими и защитно-приспособительными реакциями организма. Оценивать результаты исследования</p>	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять законы наследования для расчета вероятности проявления изучаемых признаков и прогнозировать наследственные заболевания человека определять состояние органов, детали их строения, распознавать варианты нормы и аномалии их развития. Распознавать изменения тканей и органов в связи с различными физиологическими и защитно-приспособительными реакциями организма. Оценивать результаты исследования функционального состояния организма человека для составления плана	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять законы наследования для расчета вероятности проявления изучаемых признаков и прогнозировать наследственные заболевания человека определять состояние органов, детали их строения, распознавать варианты нормы и аномалии их развития. Распознавать изменения тканей и органов в связи с различными физиологическими и защитно-приспособительными реакциями организма. Оценивать результаты исследования функционального состояния организма человека для составления плана сестринских вмешательств.



			функционального состояния организма человека для составления плана сестринских вмешательств.	сестринских вмешательств.	
			<b>Владеть:</b> Навыками анализа типовых патологических процессов и основных патологических состояний в динамике развития основных групп болезней для составления плана сестринских вмешательств.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа типовых патологических процессов и основных патологических состояний в динамике развития основных групп болезней для составления плана сестринских вмешательств.	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа типовых патологических процессов и основных патологических состояний в динамике развития основных групп болезней для составления плана сестринских вмешательств.
	ПК 1.1	Проводит сбор медицинской информации, выявляет факторы риска и проблемы со здоровьем, обусловленные образом жизни	<b>Знать:</b> Показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания показателей здоровья населения, факторов, формирующих здоровье человека.	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания показателей здоровья населения, факторов, формирующих здоровье человека.
<b>Уметь:</b> Выявлять факторы риска и проблемы со здоровьем; Оценивать влияние образа жизни на состояние здоровья; Осуществлять сбор медицинской информации в рамках профессиональных задач			Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения выявлять факторы риска и проблемы со здоровьем; Оценивать влияние образа жизни на состояние здоровья; Осуществлять сбор медицинской информации в рамках профессиональных задач	Обучающийся демонстрирует сформированное умение выявлять факторы риска и проблемы со здоровьем; Оценивать влияние образа жизни на состояние здоровья; Осуществлять сбор медицинской информации в рамках профессиональных задач	
<b>Владеть:</b> Навыками сбора медицинской информации Навыками оценки состояния здоровья и выявления факторов риска, обусловленные образом жизни пациента			Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки сбора медицинской информации Навыки оценки состояния здоровья и выявления факторов риска, обусловленные образом жизни пациента	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков сбора медицинской информации Навыков оценки состояния здоровья и выявления факторов риска, обусловленные образом жизни	

					пациента
ПК 1.2	Определяет потребности в профессиональном уходе, вид и объем сестринского вмешательства	<b>Знать:</b> Принципы профессионального ухода за пациентами с различными патологиями;	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания принципов профессионального ухода за пациентами с различными патологиями;	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания принципов профессионального ухода за пациентами с различными патологиями;	
		<b>Уметь:</b> Планировать сестринский уход, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку ухода	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения планировать сестринский уход, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку ухода	Обучающийся демонстрирует сформированное умение планировать сестринский уход, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку ухода	
		<b>Владеть:</b> Техникой сестринского ухода за пациентами с различными заболеваниями; Навыками планирования потребностей каждого пациента в объеме и виде сестринского вмешательства;	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки техники сестринского ухода за пациентами с различными заболеваниями; Навыки планирования потребностей каждого пациента в объеме и виде сестринского вмешательства;	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков техники сестринского ухода за пациентами с различными заболеваниями; Навыков планирования потребностей каждого пациента в объеме и виде сестринского вмешательства;	
ПК 1.3	Участствует в доврачебном обследовании пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, травмами и отравлениями	<b>Знать:</b> Теоретические вопросы оказания доврачебной помощи. Этапы развития и клинические проявления наиболее распространенных заболеваний, травм и отравлений.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания теоретических вопросов оказания доврачебной помощи. Этапов развития и клинических проявлений наиболее распространенных заболеваний, травм и отравлений.	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания теоретических вопросов оказания доврачебной помощи. Этапов развития и клинических проявлений наиболее распространенных заболеваний, травм и отравлений.	
		<b>Уметь:</b> Своевременно оказать доврачебную помощь в полном объеме с наиболее распространенными	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения своевременно оказать доврачебную помощь в полном объеме с наиболее	Обучающийся демонстрирует сформированное умение своевременно оказать доврачебную помощь в полном объеме с наиболее распространенными	

			заболеваниями, травмами и отравлениями;	распространенными заболеваниями, травмами и отравлениями;	отравлениями;
			<b>Владеть:</b> Навыками и методами проведения доврачебного обследования пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, травмами и отравлениями	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки и методы проведения доврачебного обследования пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, травмами и отравлениями	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков и методов проведения доврачебного обследования пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, травмами и отравлениями
ПК-2		Способность и готовность к организации квалифицированного сестринского ухода за конкретным пациентом	<b>Знать:</b> Повседневные жизненно важные потребности человека; Принципы проведения квалифицированного сестринского ухода	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания повседневных жизненно важных потребностей человека; Принципов проведения квалифицированного сестринского ухода	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания повседневных жизненно важных потребностей человека; Принципов проведения квалифицированного сестринского ухода
			<b>Уметь:</b> Осуществлять этапы сестринского ухода: проводить первичную сестринскую оценку, выявлять проблемы пациента, планировать сестринский уход, осуществлять запланированный уход; проводить текущую и итоговую оценку ухода	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения осуществлять этапы сестринского процесса проводить первичную сестринскую оценку, выявлять проблемы пациента, планировать сестринский уход, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку ухода	Обучающийся демонстрирует сформированное умение осуществлять этапы сестринского процесса проводить первичную сестринскую оценку, выявлять проблемы пациента, планировать сестринский уход, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку ухода
			<b>Владеть:</b> Навыками организации и осуществления сестринского ухода в стационаре и на дому	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки организации и осуществления сестринского ухода в стационаре и на дому	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков организации и осуществления сестринского ухода в стационаре и на дому
	ПК 2.1	Выполняет процедуры и манипуляции сестринского ухода с	<b>Знать:</b> Сестринский процесс в различных сферах здравоохранения.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания сестринского процесса в	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания сестринского процесса в

		согласия пациента		различных сферах здравоохранения.	различных сферах здравоохранения.
			<b>Уметь:</b> Осуществлять информирование пациента о действиях при проведении квалифицированного сестринского ухода, манипуляций и оформлять согласие пациента на их осуществление	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения осуществлять информирование пациента о действиях при проведении квалифицированного сестринского ухода, манипуляций и оформлять согласие пациента на их осуществление	Обучающийся демонстрирует сформированное умение осуществлять информирование пациента о действиях при проведении квалифицированного сестринского ухода, манипуляций и оформлять согласие пациента на их осуществление
			<b>Владеть:</b> Навыками выполнения сестринских процедур и манипуляций сестринского ухода с согласия пациента	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки выполнения сестринских процедур и манипуляций сестринского ухода с согласия пациента	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков выполнения сестринских процедур и манипуляций сестринского ухода с согласия пациента
	ПК 2.2	Взаимодействует с персоналом отделения, службами медицинской организации и другими организациями, родственниками/законными представителями в интересах пациента	<b>Знать:</b> Виды и структура медицинских организаций; Нормы и правила профессионального общения и бесконфликтного сотрудничества с персоналом отделения, службами медицинской организации и другими организациями, родственниками/законными представителями в интересах пациента	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания видов и структуры медицинских организаций; норм и правил профессионального общения и бес-конфликтного сотрудничества с персоналом отделения, службами медицинской организации и другими организациями, родственниками/законными представителями в интересах пациента	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания видов и структуры медицинских организаций; норм и правил профессионального общения и бес-конфликтного сотрудничества с персоналом отделения, службами медицинской организации и другими организациями, родственниками/законными представителями в интересах пациента
			<b>Уметь:</b> Устанавливать профессиональный контакт с персоналом отделения, службами медицинской организации. Устанавливать	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения устанавливать профессиональный контакт с персоналом отделения, службами медицинской	Обучающийся демонстрирует сформированное умение устанавливать профессиональный контакт с персоналом отделения, службами медицинской организации. Устанавливать профессиональный

			<p>профессиональный контакт с пациентами, родственниками/законным и представителями , в том числе, с пациентами с когнитивными нарушениями, нарушением речи, зрения, слуха и т.п.</p>	<p>организации. Устанавливать профессиональный контакт с пациентами, родственниками/законными представителями , в том числе, с пациентами с когнитивными нарушениями, нарушением речи, зрения, слуха и т.п.</p>	<p>контакт с пациентами, родственниками/законными представителями , в том числе, с пациентами с когнитивными нарушениями, нарушением речи, зрения, слуха и т.п.</p>
			<p><b>Владеть:</b> Техниккой профессионального общения с пациентами, их родственниками/законным и представителями, службами медицинской организации и другими организациями, врачебным и младшим медицинским персоналом в интересах пациента.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки техники профессионального общения с пациентами, их родственниками/законными представителями, службами медицинской организации и другими организациями, врачебным и младшим медицинским персоналом в интересах пациента.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков техники профессионального общения с пациентами, их родственниками/законными представителями, службами медицинской организации и другими организациями, врачебным и младшим медицинским персоналом в интересах пациента.</p>
	ПК 2.3	Выполняет лечебные процедуры по назначению врача и/или совместно с врачом	<p><b>Знать:</b> Задачи и функциональные обязанности сестринского персонала</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания задач и функциональных обязанностей сестринского персонала</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания задач и функциональных обязанностей сестринского персонала</p>
			<p><b>Уметь:</b> Выполнять назначения, лечебные процедуры по назначению и под руководством врача</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения выполнять назначения, лечебные процедуры по назначению и под руководством врача</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение выполнять назначения, лечебные процедуры по назначению и под руководством врача</p>
			<p><b>Владеть:</b> Навыками проведения лечебной терапии по назначению/под руководством врача в рамках профессиональных обязанностей Современными</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки проведения лечебной терапии по назначению/под руководством врача в рамках профессиональных обязанностей Современными сестринскими</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков проведения лечебной терапии по назначению/под руководством врача в рамках профессиональных обязанностей Современными сестринскими манипуляциями и технологиями.</p>

			сестринскими манипуляциями и технологиями.	манипуляциями и технологиями.	
ПК-4		Готовность к оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	<b>Знать:</b> Теоретические вопросы оказания доврачебной помощи, этапы развития и клинические проявления наиболее распространенных заболеваний различного профиля в неотложной или экстренной формах Методы сердечно-легочной реанимации.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания теоретических вопросов оказания доврачебной помощи, этапов развития и клинических проявлений наиболее распространенных заболеваний различного профиля в неотложной или экстренной формах Методов сердечно-легочной реанимации.	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания теоретических вопросов оказания доврачебной помощи, этапов развития и клинических проявлений наиболее распространенных заболеваний различного профиля в неотложной или экстренной формах Методов сердечно-легочной реанимации.
			<b>Уметь:</b> Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной или экстренной медицинской помощи. Оказывать неотложную или экстренную медицинскую помощь	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной или экстренной медицинской помощи. Оказывать неотложную или экстренную медицинскую помощь	Обучающийся демонстрирует сформированное умение оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему неотложной или экстренной медицинской помощи. Оказывать неотложную или экстренную медицинскую помощь
			<b>Владеть:</b> Основными мероприятиями по оказанию первой помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки проведения основных мероприятий по оказанию первой помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков проведения основных мероприятий по оказанию первой помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
	ПК.4.1	Оказывает доврачебную медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях	<b>Знать:</b> Алгоритм оказания неотложной помощи; Неотложные состояния; Нормы медицинской этики во взаимодействии	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания алгоритмов оказания неотложной помощи; Неотложных состояний;	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания алгоритмов оказания неотложной помощи; Неотложных состояний;

		самостоятельно и в медицинской бригаде по алгоритму	лечебной бригады при оказании доврачебной помощи.	Норм медицинской этики во взаимодействии лечебной бригады при оказании доврачебной помощи.	Норм медицинской этики во взаимодействии лечебной бригады при оказании доврачебной помощи.
			<b>Уметь:</b> Своевременно оказать медицинскую помощь в полном объеме при неотложных состояниях самостоятельно и в медицинской бригаде по алгоритму	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения своевременно оказать медицинскую помощь в полном объеме при неотложных состояниях самостоятельно и в медицинской бригаде по алгоритму	Обучающийся демонстрирует сформированное умение своевременно оказать медицинскую помощь в полном объеме при неотложных состояниях самостоятельно и в медицинской бригаде по алгоритму
			<b>Владеть:</b> Алгоритмом самостоятельного оказания медицинской помощи в полном объеме при неотложных состояниях, а также навыками работы в медицинской бригаде при неотложных состояниях	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки применения алгоритма самостоятельного оказания медицинской помощи в полном объеме при неотложных состояниях, а также навыками работы в медицинской бригаде при неотложных состояниях	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков алгоритма самостоятельного оказания медицинской помощи в полном объеме при неотложных состояниях, а также навыками работы в медицинской бригаде при неотложных состояниях
	ПК 4.2	По алгоритму самостоятельно и в медицинской бригаде проводит мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма	<b>Знать:</b> Принципы поддержания жизнедеятельности организма пациента (пострадавшего) Методы сердечно-легочной реанимации.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания принципов поддержания жизнедеятельности организма пациента (пострадавшего) Методов сердечно-легочной реанимации.	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания принципов поддержания жизнедеятельности организма пациента (пострадавшего) Методов сердечно-легочной реанимации.
			<b>Уметь:</b> проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма по алгоритму самостоятельно и в медицинской бригаде	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма по алгоритму самостоятельно и в медицинской бригаде	Обучающийся демонстрирует сформированное умение проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма по алгоритму самостоятельно и в медицинской бригаде
			<b>Владеть:</b> Алгоритмом самостоятельной	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое

			<p>доврачебной медицинской помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), а также принципами взаимодействия при неотложных состояниях в медицинской бригаде;</p>	<p>владения алгоритмом самостоятельной доврачебной медицинской помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), а также принципами взаимодействия при неотложных состояниях в медицинской бригаде;</p>	<p>применение навыков алгоритма самостоятельной доврачебной медицинской помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), а также принципами взаимодействия при неотложных состояниях в медицинской бригаде;</p>
--	--	--	--	--	---



## 4.2 Шкала, и процедура оценивания

### 4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	текущий контроль, промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, рефераты, презентации, эссе, отработка практических навыков

### 4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### **Для оценки презентаций:**

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

#### **Для оценки Эссе:**

Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, недемонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

#### **Для оценки выполнения практических навыков**

Оценка «отлично» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.

#### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

##### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.):**

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.