федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**НЕОНАТОЛОГИЯ**

по специальности

**31.08.19 ПЕДИАТРИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – ординатуры по направлению подготовки (специальности) *31.08.18 Неонатология*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1**- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

**ПК-1** - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

**ПК-5** - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

**ПК-6** - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи

**ПК-9** - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.**

**Тема 1.** **Факторы риска беременных и новорожленных. Медико-генетическое консультирование.**

.Формы текущего контроля успеваемости*: собеседование, практические задания для демонстрации практических умений и навыков.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для проверки теоретических знаний:***

1. Беременные высокого риска
2. Антенатальная охрана плода
3. Значение детских поликлиник в организации дородового патронажа
4. Принципы работы медико-генетического консультирования
5. Новорожденные группы повышенного риска

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

Укажите, какой фактор риска развития плода и новорожденного не относится к факторам патологии внутриутробного периода:

наложение акушерских щипцов

соматическую патологию матери

наследственные факторы

возраст родителей

Укажите какой из нижеперечисленных факторов относится с социальным

низкий экономический уровень;

материнский возраст ниже 16 или выше 35 лет;

малый рост (ниже 152 см);

масса тела на 20% ниже возрастной нормы;

Укажите какой из нижеперечисленных факторов относится с неонатальным факторам риска развития патологии

кесарево сечение или акушерские осложнения в процессе родов

аборты,

эктопические беременности,

привычное невынашиваниепотеря плода,

Укажите, какие факторы не относятся к антенатальным факторам риска развития асфиксии новорожденных

роды на 40 неделе гестации

преждевременные роды

околоплодные воды с меконием

сахарный диабет

При каком сроке гестации воздействие неблагоприятных факторов может привести к развитию врожденных пороков и аномалий органов, стигм дизэмбриогенеза:

до 12 недель

до 4 недель

до 8 недель

до 28 недель

К факторам риска развития ГрБН у новорожденных не относится:

введение менадиона

исключительно грудное вскармливание

отсутствие профилактического введения витамина к сразу после рождения ребенка

хроническая гипоксия плода и асфиксия при рождении

Применение наркотиков во время беременности является фактором риска для развития у новорожденного

гипогликемии

наследственных заболеваний обмена веществ

родовой травмы

гипергликемии

Укажите, что относят к факторам риска развития гипогликемии у новорожденных

сахарный и гестационный диабет у матери

гипертоническую болезнь у матери

извлечение путем операции кесарево сечение

наличие пигментного пятна

На какой день проводится скрининг на наследственные заболеваний у недоношенных новорожденных

на 7сутки

на 1 сутки

на 3 сутки

в конце первого месяца

Наличие у новорожденного ребенка задержки внутриутробного развития, гепатоспленомегалии, желтухи, кожной экзантемы, нарушений функции сердечно-сосудистой системы и ЦНС, геморрагического синдрома, анемии, тромбоцитопении, изменений структуры головного мозга при нейросонографии позволяет

заподозрить диагноз внутриутробной инфекции и провести дополнительное обследование для индентификации возбудителя

поставить диагноз цитомегаловирусной инфекции

поставить диагноз сепсиса

поставить диагноз токсоплазмоза

Цель медико-генетического консультирования:

предупреждение появления на свет детей с неизлечимыми врожденными заболеваниями

лечение врожденных заболеваний

определение распространенности детей с неизлечимыми врожденными заболеваниями

построение родословных

Медико-генетическое консультирование до наступления беременности или в ранние ее сроки называется:

проспективное

ретроспективное

планирование

перенатальной

Медико-генетическое консультирование после рождения ребенка с врожденной патологией называется:

ретроспективное

проспективное

планирование

перенатальной

Первым при медико-генетическом консультировании используется метод

генеалогический

популяционный

цитологический

близнецовый

К неинвазивным методам перенатальной диагностики относят:

узи

амниоцентез

кордоцентез

фетоскопия

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

**Задача №1.**

У человека галактоземия (неспособность усваивать молочный сахар) наследуется как аутосомный рецессивный признак, а ихтиоз (чешуйчатость и пятнистое утолщение кожи) – как сцепленный с Х-хромосомой рецессивный признак. У здоровых родителей родилась дочь с галактоземией и сын с ихтиозом. Чему равна вероятность рождения здорового ребенка?

**Задача №2**

Гипертрихоз (чрезмерное вырастание волос на крае ушной раковины) наследуется как признак, сцепленный с Y-хромосомой. Мужчина страдает гипертрихозом. Какова вероятность рождения в его семье детей с этой аномалией? Какого они будут пола?

**Задача №3**

 У человека есть наследственное аллергическое заболевание –геморрагический диатез, обусловленный рецессивным аллелем гена. Аллели этого гена расположены в Х-и Y-хромосомах. Определите, какие будут дети и внуки, если:

а) жена и все ее предки здоровы, а муж болен;

б) муж и все его предки здоровы, а жена больна?

**Задача №4**

При изучении кариотипа больного, страдающего синдромом Дауна, было выявлено 46 хромосом. Однако детальный анализ хромосом позволил выявить мутацию, явившуюся причиной развития синдрома Дауна. В чем заключалась эта мутация?

**Задача №5.**

Известно, что дальтонизм – рецессивный сцепленный с Х-хромосомой признак. Как можно объяснить дальтонизм одного глаза и нормальное цветовосприятие другого глаза, если такой мозаицизм наблюдается у женщин?

**Задача №6.**

Дальтонизм – рецессивный сцепленный с Х-хромосомой признак. Женщина с синдромом Шерешевского-Тернера страдает дальтонизмом, хотя у ее отца и матери зрение нормальное. Как это можно объяснить? У кого из родителей произошло нерасхождение хромосом?

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

**Тема 2.** ***Базовая помощь новорожденному.***

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй развития новорожденных.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

Тесты к теме: Базовая помощь новорожденному

Что не следует делать при подготовке к родам?

проветрить родильный зал и снизить температуру воздуха до 21 градуса

включить источник лучистого тепла

подключить кислород

проверить наличие и готовность к работе дыхательного мешка и масок к нему, одноразовой груши, электроотсоса и другого оборудования, испльзуемого для превичной реанимации

В месте, где рождается ребенок, всегда должны быть в наличии, кроме:

телевизор

комнатный обогреватель

детские весы

градусник для измерения комнатной температуры

Температура в месте, где рождается ребенок должна быть

не менее 25 о С

не более 25 о С

не менее 28 о С

не более 23 о С

Температура в месте, где рождается недоношенный ребенок должна быть

не менее 28 о С

не менее 25 о С

не более 23 о С

не более 25 о С

Когда происходит транспортировка новорожденного в палату

через 2 часа после родов

через 30 минут после родов

через 3 часа после родов

через 1 час после родов

На какой день проводится скрининг на наследственные заболеваний у доношенных новорожденных

на 5 сутки

на 1 сутки

на 3 сутки

в конце первого месяца

На какой день проводится скрининг на наследственные заболеваний у недоношенных новорожденных

на 7сутки

на 1 сутки

на 3 сутки

в конце первого месяца

Абсолютным противопоказанием к кормлению грудью со стороны матери является:

ВИЧ-инфекция

начинающийся мастит

носительство Hbs-Ag

наличие генитального герпеса

Противопоказанием к раннему прикладыванию к груди со стороны матери не являются:

наличие гнойничкового поражения кожи

гипертермия в родах

роды в пре-эклампсии

большая кровопотеря в родах

Кормление грудью обычно затруднено при следующих состояниях:

незаращении твердого неба и верхней губы

гипотрофии

паратрофии

лактазной недостаточности

К принципам свободного вскармливания относятся:

кормление ребенка по требованию

кормление ребенка по часам

обязательное допаивание новорожденного водой или 5% глюкозой

докармливание через рожок

Выделите главное в лечении гипогалактии

свободное частое прикладывание ребенка к груди

массаж грудной железы

прием препаратов никотиновой кислоты

перетягивание груди

Возможными путями снижения риска внутрибольничной инфекции являются:

создание отделений "мать-дитя"

выписка на 5 день после родов

профилактическое назначение антибиотиков в течении пяти дней

профилактическое назначение бифидум - и лактобактерина

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Продемонстрируйте навык первичного туалета глаз.
2. Продемонстрируйте навык первичного осмотра новорожденного.
3. Продемонстрируйте навык первичного антропометрического измерения новорожденного.
4. Продемонстрируйте навык прикладывание новорожденного к груди.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 3. *Комплексная оценка состояния здоровья новорожденных. Клинические группы, группы здоровья. Показания к выписке, переводу в отделение патологии. Первичные скрининги новорожденных. Транзиторные состояния.***

Формы текущего контроля успеваемости*: тестирование, ситуационные задачи для демонстрации практических навыков, проверка историй развития новорожденных.*

1. **Вопросы для рассмотрения:**
2. Комплексная оценка состояния здоровья новорожденных.
3. Осмотр новорожденного и определение клинической, группы, формулировка диагноза
4. Определение физического развития
5. Определение функционального состояния органов и систем
6. Оценка неврологического статуса новорожденного
7. Определение групп риска и групп здоровья
8. Определение показаний к переводу в отделения второго этапа выхаживания новорожденных
9. Показания и рекомендации при выписке ребенка домой

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

Для недоношенного ребенка характерен срок гестации следующий:

 родившийся на сроке беременности менее 37 нед

 родившийся на сроке менее 38 нед

 родившийся на сроке беременности 37-42 нед

 родившийся на сроке беременности 38-42 нед

Доношенным считается ребенок, родившийся на сроке беременности:

 родившийся на сроке беременности 37-41 нед.

родившийся на сроке беременности менее 37 нед.

родившийся на сроке беременности 37-42 нед.

родившийся на сроке беременности более 42 нед.

Переношенным считается новорожденный ребенок, родившийся на сроке беременности:

родившийся на сроке беременности более 42 нед

родившийся на сроке беременности менее 37 нед

родившийся на сроке беременности более 41 нед

 родившийся на сроке беременности 38-41 нед

Новорожденный с очень низкой массой тела это новорожденный :

родившийся с массой тела менее 1500 г.

родившийся с массой тела менее 2750 г.

родившийся с массой тела менее 2000 г.

 родившийся с массой тела менее 1000 г.

Новорожденный с низкой массой тела - это новорожденный:

родившийся с массой тела менее 1750 г.

родившийся с массой тела менее 2750 г.

родившийся с массой тела менее 2500 г.

 родившийся с массой тела менее 1000 г.

Новорожденный с экстремально низкой массой тела - это новорожденный:

родившийся с массой тела мене 1000 г.

родившийся с массой тела менее 2000 г.

родившийся с массой тела менее 1500 г.

 родившийся с массой тела менее 750 г.

Линейный рост новорожденного ребенка определяется:

 функцией паращитовидных желез

 функцией щитовидной железы

 функцией надпочечников

 уровнем соматотропного гормона

Миелинизация проводниковой нервной системы у новорожденных зависит от морфо-функциональной зрелости:

щитовидной железы

гипофиза

надпочечников

вилочковой железы

Укажите, по какой шкале оценивают зрелость новорожденного

шкала баллард

шкала Доунс

шкала Сильвермана

шкала Финнеган

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

**Задача №1.**

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100г, длина тела 51см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена ч/з 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активно, масса тела 3000г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожа розовая, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется.

ОАК: Hb - 186г/л, Эр - 5,6×1012/л, ЦП - 0,94, лейкоциты - 6,4×109/л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

ОАМ: цвет – сол.-желт., реакция – кислая, уд. вес - 1004, белок - abs., эпит. плоский - много, лейк - 2-3 п/зр, эр - 4-5 п/зр, цилиндры - abs., соли – кристаллы мочевой кислоты.

БАК: об. белок - 52,4г/л, билирубин Н - 51мкмоль/л, П – нет, мочевина - 4,2ммоль/л, калий - 5,1ммоль/л, натрий - 141ммоль/л, кальций - 2,2ммоль/л, фосфор - 1,9ммоль/л.

*Задание:*

1. За счет чего отмечалось падение массы в первые дни жизни? Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

2. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?

3. Оцените результаты ОАК, ОАМ, БАК. Чем обусловлены выявленные отклонения?

6. Поставьте диагноз, назначьте необходимые лечебно-профилактические мероприятия.

**Эталоны ответов**

***Задача 1.***

1. Падение массы связана с потерей жидкости и становлением лактации у матери.
2. Нагрубание молочных желез связано с развитием полового криза - Половой криз – это физиологическая реакция организма новорожденного на изменение в крови уровня материнских эстрогенов. В норме в течение гестации концентрация эстрогенов у плода увеличивается. При этом количество гормонов не зависит от пола младенца: достаточный уровень эстрогенов необходим для полноценного формирования половых органов, как мальчиков, так и девочек.
3. Эстрогены вырабатываются преимущественно в фолликулярном аппарате яичников беременной, меньше – в коре надпочечников. На 14-16-й неделе гестации синтез эстрадиола также происходит в плаценте. Концентрация гормонов растет к сроку родов. Эстрогены проникают через плаценту, оказывая влияние на развитие половых органов плода. После родов материнские гормоны перестают поступать в кровь ребенка. Концентрация эстрогенов у новорожденных резко снижается, развивается половой криз – закономерный результат падения уровня гормонов.
4. В консультации хирурга не нуждается.
5. Анализы крови, мочи кала, биохимические анализы крови соответствуют нормативным показателям.
6. Здоровый новорожденный. Половой криз: физиологическое нагрубание молочных желез.

**Задача №2.**

Девочка О., 4 дней, находится в роддоме.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100г, длина тела 51см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена сразу после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки появилась иктеричность кожи.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожа чистая, умеренно иктеричная до 2 зоны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Гр. Крови матери А(II)Rh(-)положительная

Гр. Крови ребенка 0(I)Rh(-)положительная

ОАК: Hb - 196г/л, Эр - 5,9×1012/л, ЦП - 0,94, ретикулоциты - 1,5%, лейкоциты - 9×109/л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час.

ОАМ: цвет – сол.-желт., реакция – кислая, уд.вес - 1004, белок - abs., эпит плоский - немного, лейк - 2-3п/зр, эр - abs., цилиндры - abs.

БАК на 4-й день жизни: об.белок - 52,4г/л, билирубин Н - 140ммоль/л, П – 8 ммоль/л, мочевина - 4,2ммоль/л, калий - 5,1ммоль/л, натрий - 141ммоль/л, АлАТ - 25ммоль/л, АсАТ - 18ммоль/л.

*Задание:*

1. Поставьте диагноз.

2. Как вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?

3. Оцените результаты ОАК, ОАМ, БАК. С чем связаны выявленные изменения?

4. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи новорожденного.

5. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?

6. Требует ли лечения желтуха у данного ребенка?

7. Как кормить данного ребенка?

8. Каков прогноз данного ребенка?

Эталон Ответа:

**Задача 2**

1. Физиологическая желтуха.

2. Массо-ростовой показатель составляет = 60, что соответствует нормативным показателям.

3. ОАК, ОАМ, БАК. – соответствуют нормальным, физиологическим показателям. Повышение уровня непрямого билирубина связано с развитием физиологической желтухи и является следствие распада фетального билирубина.

4. В данном случае ни по группе крови, ни по резус фактору конфликта не будет, так как ребенок имеет первую группу крови, а мать вторую, и его эритроциты не содержат антигенов, резус фактор отрицательный как у матери, так и у ребенка.

5. Новорожденного с желтухой следует показать невропатологу в случае появления синдромов поражения ЦНС и в, первую очередь, синдрома угнетения.

6. Лечения данная желтуха у данного ребенка?

7. Как кормить данного ребенка?

8. Каков прогноз данного ребенка?

**Задача №3.**

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 – 6кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

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

*Задание:*

1. Поставьте диагноз. Оцените данные акушерского анамнеза

2. Выявите переходные стояния. Обоснуйте их происхождение.

3. Как кормить ребенка?

4. Потребна ли дополнительная консультация специалистов? Нужны ли дополнительные методы обследования?

5. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?

6. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

Эталон ответа:

**Задача 3**

1. Здоров. Новорожденный. Группа здоровья II.

Акушерский анамнез отягощен, риск развития анемии у ребенка.

1. Мочекислый инфаркт — отложение мочевой кислоты в виде кристаллов в просвете собирательных трубочек и в ductus papillaris; развивается у 25—30% доношенных новорожденных первой недели жизни, несколько реже — у недоношенных (10—15%) и очень редко — у глубоконедоношенных. Дистрофии эпителия канальцев они не вызывают. Инфарктная моча, наблюдающаяся в первую неделю жизни — желто-кирпичного цвета, мутноватая, оставляющая нередко на пеленке соответствующего цвета пятно. Причина повышенного выделения мочевой кислоты с мочой — прежде всего катаболическая направленность обмена веществ и распад большого количества клеток в это время (в основном лейкоцитов). Из нуклеиновых кислот ядер распадающихся клеток образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований, конечным продуктом метаболизма которых и является мочевая кислота.
2. Рекомендовано грудное вскармливание «по требованию».
3. В консультации и дополнительном обследовании ребенок не нуждается.
4. Прививки не противопоказаны, осуществляются по национальному календарю (гепатит В - первые12 часов жизни, БЦЖ- 3- 4 сутки жизни.
5. Рекомендовано: грудное в скармливание, диспансерное наблюдение участкового педиатра. ОАК в й месяц.

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Ребенок рожден на 35 неделе гестации, массой 3 500кг, как вы поставите диагноз данному ребенку объясните причины возникшего состояния.
2. Ребенок рожден на 38 неделе гестации массой 980,0 грамм, какой ваш заключительный диагноз и какой срок гестации позволяет его выставить.
3. Ребенок рожден на 40 неделе гестации массой 3500, мальчик, Ваша оценка его развития.
4. Ребенок рожден на 27 неделе гестации, Ваш диагноз

Эталон ответов:

1. Большой для гестационного возраста— ребенок, имеющий массу тела выше 90% центиля для его срока гестации. В большинстве случаев причиной является сахарный диабет у матери.
2. Экстремально низкая масса при рождении (экстремально недоношенные дети) — ребенок любого срока гестации, имеющий массу тела при рождении менее 1000 г
3. Доношенный здоровый новорожденный
4. Недоношенность 27 недель.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведения организационных мероприятий и толерантное восприятие социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в ходе выполнения лечебно-диагностического процесса.

6. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 4:** **Внутриутробные инфекции. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.**

Формы текущего контроля успеваемости*: собеседование, тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для рассмотрения:***

1. Понятие внутриутробной инфекции, инфицирование
2. Диагностика внутриутробной инфекции
3. Вертикальный путь передачи ВИЧ инфекция
4. Токсоплазмоз. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.
5. Краснуха. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.
6. Герпес. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.
7. Цитомегаловирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.
8. Парвовирусная инфекция Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.
9. Сифилис. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.
10. Листериоз. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

Подтверждением наличия инфекционного процесса в организме ребенка являются:

повышение уровня иммуноглобулинов класса М

повышение уровня иммуноглобулинов класса А

повышение уровня иммуноглобулинов класса Е

снижение иммуноглобулинов класса G

При какой форме токсоплазмоза у матери возможно инфицирование плода токсоплазмой

острая

хроническая

подострое течение

отсутствие токсоплазмоза

Укажите, какой женщине беременной женщине не следует определять антитела к ВИЧ экспресс-методом в родильном отделении

наличие отрицательного результата за 2 месяца до родов

отсутствие обменной карты;

отсутствие в обменной карте результатов обследования на ВИЧ-инфекцию;

некорректное заполнение результатов обследование на ВИЧ-инфекцию – указана дата забора крови, а не дата выполнения анализа;

Укажите, когда происходит трансплацентарное инфицирование плода сифилисом:

с 4 месяца беременности

с 1 месяца беременности

с 6 месяца беременности

только в родах

К специфическим методам диагностики герпесвирусной инфекции относятся:

ПЦР

выделение гемокультуры

РПГА

повышение уровня СРБ

О чем свидетельствует выявление у беременной женщины специфических антител класса IG M к герпесвирусной инфекции в 2 исследованиях, выполненных с интервалом 14 дней в одной и той же лаборатории одним и тем же методом, обнаружение на 2 исследовании специфических IG G с авидностью ниже 40%

первичная ВПГ-инфекции

реконвалисцент ВПГ -инфекции

реактивация ВПГ -инфекции

транзиторное носительство

Возбудителем цитомегаловирусной инфекции является:

цитомегаловирус

токсоплазма

листерия

клебсиелла

При какой форме токсоплазмоза у беременной возможно инфицирование плода

острая

хроническая

подострое течение

отсутствие токсоплазмоза

Укажите, к чему тропен парвавирус:

клеткам предшественникам эритроцитов

клеткам головного мозга

клеткам предшественникам лейкоцитов

клеткам легких

Укажите, когда происходит трансплацентарное инфицирование плода сифилисом:

с 4 месяца беременности

с 1 месяца беременности

с 6 месяца беременности

только в родах

Укажите, в каком возрасте чаще развивается клиника сифилиса у ребенка, если женщина к моменту родов больна первичным сифилисом:

спустя 1,5 - 2 месяца или позже

с первых дней жизни

на 4-12 день жизни

на 21 день жизни

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

***Задача 1***

Ребенок П., родился на сроке гестации 37 недель. Беременность 1. В период беременности у матери – рецидивирующий gerpes labialis. Обследована серологически. Выявлены Ig G к ВПГ 2 типа в титре 1:800, положительные IgМ. При рождении у ребенка отмечается микроцефалия, микрофтальмия. На коже туловища, слизистой ротовой полости – везикулярные высыпания (локализуются группами). При проведении нейросонографии – порэнцефалические кисты, церебральные кальцификаты. Ваш предварительный диагноз?

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Этиотропная терапия.

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 1:

1. Врожденный неонатальный герпес, генерализованная форма. Врожденные пороки развития нервной системы.

2. Этиотропная терапия – ацикловир.

***Задача 2***

Ребенок Ц. От 3 беременности (1 – мед. аборт, 2 – мертворождние). Настоящая беременность протекала на фоне хронической маточно-плацентарной недостаточности. За 3 недели до родов у матери – рецидив генитального герпеса. Роды срочные, без осложнений. Масса тела – 3560г, рост – 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 2-ой неделе жизни отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, на фоне которого состояние прогрессивно ухудшалось, появилась мозговая симптоматика, развился приступ тонических судорог. При проведении нейросонографии диагностированы порэнцефалические кисты, повышение эхоплотности затылочных бугров.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какой вероятен путь инфицирования в данном случае (обоснуйте).

3. Этиотропная терапия?

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 2:

1. Неонатальный герпес. Герпетический менингоэнцефалит.

2. Путь ифицирования, в данном случае, интранатальный, т.к. имеет место «светлый промежуток», клиническая картина не разворачивается в первые. 3-е суток – время для репликации вируса, постепенного развития симптоматики.

3. Этиотропная терапия – ацикловир .

Задача № 3

Ребенок С. родился на сроке гестации 35 недель. Беременность вторая, первая беременность закончилась преждевременными родами на сроке гестации 30 недель, ребенку в настоящее время 15 лет, здоров. На ранних сроках гестации настоящей беременности у мамы контакт с больным краснухой. Масса при рождении 1920 гр. Желтуха при рождении, гепатоспленомегалия. Осмотрен окулистом, диагностирован иридоциклит, участки депигментированной сетчатки. Грубый систолический шум над всей поверхностью тела с максимумом звучания в 3-4 межреберье у левого края грудины.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Профилактика

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 3:

1. Врожденная краснуха.

Вероятно инфицирование у ранее серонегативной беременной на ранних сроках гестации, т.к. имеют место множественные врожденные пороки развития.

2. В настоящее время в национальный календарь прививок введена вакцина против краснухи, что является специфической профилактикой врожденного рубеоза среди девушек и женщин детородного возраста.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 5:** **Основные принцы выхаживания недоношенных детей, включая рожденных с ЭНМТ и диспансерного наблюдения на педиатрическом участке.**

Формы текущего контроля успеваемости*: собеседование, тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для собеседования:***

* 1. АФО недоношенных детей.
	2. Шкалы, используемые для оценки недоношенных детей.
	3. Принципы развивающего ухода недоношенных.
	4. Реабилитационная помощь.
	5. Нарушения роста

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

Температура в месте, где рождается недоношенный ребенок должна быть

не менее 28 о с

не менее 25 о с

не более 23 о с

не более 25 о с

Какой срок гестации характерен для недоношенного ребенка

 родившийся на сроке беременности менее 37 нед

 родившийся на сроке менее 38 нед

 родившийся на сроке беременности 37-42 нед

родившийся на сроке беременности 38-42 нед

Новорожденный с очень низкой массой тела это новорожденный :

родившийся с массой тела менее 1500 г.

родившийся с массой тела менее 2750 г.

родившийся с массой тела менее 2000 г.

родившийся с массой тела менее 1000 г.

Новорожденный с низкой массой тела - это новорожденный:

родившийся с массой тела менее 1750 г.

родившийся с массой тела менее 2750 г.

родившийся с массой тела менее 2500 г.

родившийся с массой тела менее 1000 г.

Новорожденный с экстремально низкой массой тела - это новорожденный:

родившийся с массой тела мене 1000 г.

родившийся с массой тела менее 2000 г.

родившийся с массой тела менее 1500 г.

родившийся с массой тела мене 1000 г.

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

бронхогенный

гематогенный

лимфогенный

смешанный

Из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных:

пиодермия

флегмона

остеомиелит

рожистое воспаление

Входными воротами инфекции при сепсисе у недоношенных детей чаще всего является:

пупочная ранка

кишечник

легкие

мацерированная кожа

Респираторно-синцитиальная инфекция чаще всего вызывает:

бронхиолит

острый ринит

пневмонию

вирусную диарею

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

***Задача 1.*** Осмотрен мальчик в возрасте 16 дней от «пожилой первородящей» матери. Роды произошли на 35 неделе беременности, масса тела 2100, длина 44 см. Крик - после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Убыль массы тела – 8 %. Вес восстановился на 14 день. Во время осмотра ребенок легко охлаждается, крик слабый, поисковый рефлекс ослаблен, сосет медленно. После кормления из рожка обильно срыгивает. Кожа лица и туловища желтушная, на спине и плечах пушковые волосы, Пупочная ранка под кровянистой корочкой, без воспалительной реакции. Пупочные сосуды не пальпируются. Внутренние органы без особенностей. Яички не опущены в мошонку. Резко положительный симптом Грефе. Мышечная гипотония, большой родничок 2,5х3,5 см, слегка выбухает, расхождение сагиттального и венечного швов на 3 мм, малый родничок 0,5х0,5 см – на уровне костных краев. Ушные раковины мягкие.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Оценить признаки функциональной и морфологической зрелости новорожденного.

3. Назовите основной критерий недоношенности.

4. Какой режим и питание необходимо назначить?

Эталоны ответов к ситуационной задаче № 1

1.Диагноз: Недоношенный новорожденный, срок гестации – 35 недель. Неонатальная желтуха неустановленной этиологии. Перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза, гипертензионно-гидроцефальный синдром.

2.Ребенок родился недоношенным на сроке беременности 35 недель. Масса и длина тела соответствует сроку гестации. У мальчика выявлены признаки морфологической незрелости: лануго, мягкость ушных раковин, большие размеры родничков, расхождение швов, крипторхизм. Признаки функциональной незрелости: неспособность поддерживать постоянную температуру тела, ослабление поискового и сосательного рефлексов, обильные срыгивания, бедность движений и эмоциональных реакций, мышечная гипотония.

Основной критерий недоношенности – это гестационный возраст.

Основное в выхаживании – тепловой режим. Учитывая массу тела (2100 г ), можно разрешить купание. Температура тела в помещении должна быть 25-26 °С, влажность – 55-60 %. Рекомендуется ребенка держать в кувезе или кроватке с подогревом, можно начинать кормить через 2-3 часа после рождения, если снижен сосательный рефлекс следует кормить ребенка из рожка сцеженным грудным молоком.

**Задача 2.**

Осмотрен мальчик в возрасте 8 дней от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза II половины, анемии средней степени тяжести. Роды на 35 неделе, длительность 16 часов. Масса тела при рождении 2010 г, длина тела 44 см. Оценка по Апгар 5/8 баллов. При осмотре: кожные покровы желтушные. Двигательная активность снижена. Ребенок плохо удерживает температуру. Отмечается мышечная гипотония и гипорефлексия. В легких дыхание пуэрильное, ЧД – 40. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 140 . Живот при пальпации мягкий, стул кашицеобразный, непереваренный, желтого цвета. Билирубин крови – 160 мкмоль/л за счет непрямого.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Назвать основные морфологические признаки недоношенности.
4. Дать рекомендации по вскармливанию.

Эталоны ответов к ситуационной задаче № 2

Диагноз: Недоношенность35недель. Неонатальная желтуха.

План обследования:

общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, ЭКГ )

ЭХОКГ

консультация невропатолога

нейросонография

Непропорциональное телосложение, пушковые волосы, отсутствие ПЖК, низко расположенное пупочное кольцо, ногти не доходят до кончиков пальцев, зияющая половая щель, не опущены яички в мошонку, преобладание мозгового черепа над лицевым.

Рекомендации по вскармливанию: грудное молоко термически не обработанное, сцеженное, давать через рожок, по требованию.

**Задача 3.**

 В родильном доме осмотрена девочка 3 суток. Вес ребенка 1520 г, длина тела 40см. Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, I родов. Предыдущие беременности закончились выкидышами. у женщины отмечалась истмико-цервикальная недостаточность. После хирургической коррекции наступила настоящая беременность. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При осмотре: кожные покровы желтые. Большой родничок 2х2 см, малый родничок 0,5х0,5 см. Всю кожу покрывает лануго. Мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены. Ребенок плохо удерживает температуру тела. Сосательный рефлекс отсутствует.

Вопросы:

Поставить диагноз. Укажите предполагаемый срок гестации

Наметить план обследования.

Назвать основные функциональные особенности недоношенного ребенка.

Дать рекомендации по выхаживанию.

Эталоны ответов к ситуационной задаче № 3

Диагноз: Недоношенность 29-31 недели гестации.

План обследования:

общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, ЭКГ )

ЭХОКГ

нейросонография

билирубин крови, группа крови и резус фактор,

рентгенография легких

Вялость, сонливость ребенка, несовершенство терморегуляции, аритмичное дыхание с респираторными паузами (апноэ), лабильный пульс, эмбриокардия при аускультации.

Рекомендации по выхаживанию: термонейтральная окружающая среда (кувез); фототерапия.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 6:** **Неонатальная кардиология**

Формы текущего контроля успеваемости*: собеседование, тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для собеседования:***

1. Синдром дисфункции миокарда: клиника, диагностика, тактика ведения, оказание неотложной помощи.
2. Фетальные нарушения ритма сердца и проводимости: клиника, диагностика, тактика ведения, оказание неотложной помощи.
3. ВПС, клиника, диагностика, тактика ведения, оказание неотложной помощи, маршрутизация.
4. Болезни миокарда у новорожденных: клиника, диагностика, тактика ведения, оказание неотложной помощи.
5. Нарушение ритма сердца: клиника, диагностика, тактика ведения, оказание неотложной помощи.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

У новорожденного ребенка сердце лежит:

горизонтальновертикально

Частота пульса  доношенного новорожденного:

*140 уд/мин*

180 уд/мин

110 уд/мин

100 уд/мин

У плода кровь, поступившая из нижней полой вены, попадая в правое предсердие, преимущественно идет:

через овальное окно в левое предсердие

в легочные артерии

через правое венозное отверстие в правый желудочек

Может ли у детей первых месяцев жизни возобновляться шум из правого предсердия в левое предсердие?

да, при повышении давления в легочной артерии

да, при повышении давления в аорте

нет, не может

он есть в норме.

Темп роста сердца относительно темпа роста магистральных сосудов:

выше

ниже

такой же

Правая граница относительной сердечной тупости находится у детей до 1 года

по правой парастернальной линии

на 0,5см кнаружи от правой парастернальной линии

на 0,5см кнутри от правой парастернальной линии

на середине расстояния между правой парастернальной линией и правым краем грудины

Относительная масса сердца новорожденных (по сравнению со взрослыми):

больше

меньше

одинакова

У новорожденных просвет аорты относительно легочной артерии:

меньше

больше

такой же

У недоношенного ребенка при длительно функионирующем боталловом протоке имеется сброс крови через ОАП:

из легочной артерии в аорту

из аорты в легочную артерию

в обоих направлениях

нет сброса

Какой фактор не относится к антенатальным факторам, способствующим персистированию ОАП у недоношенных новорожденных

применение сурфактанта

асфиксия при рождении

хорионамнионит

отсутствие антенатальной профилактики РДС

«Золотым стандартом» диагностики ОАП является:

эхокардиография с доплером

рентгенография

клиническая оценка состояния

ультразвуковое исследование внутренних органов

ОАП не является фактором риска развития:

гипербилирубинемии

БЛД

НЭК

ретинопатии недоношенных

Можно ли закрывать Баталлов проток при: атрезии лёгочной артерии., тетраде Фалло

коарктации аорты и персистирующей легочной гипертензии:

абсолютно противопоказано

противопоказано впервые 72 часа

противопоказано до коррекции пороков

не являются противопоказанием

Легочная гипертензия при ВПС в грудном возрасте характеризуется преимущественно:

гиперволемией малого круга кровообращения

нормоволемией малого круга кровообращения

гиповолемией малого круга кровообращения

обструктивным поражением сосудов малого круга кровообращения

У ребенка в первые сутки после рождения имеется сброс крови через ОАП:

в обоих направлениях

из легочной артерии в аорту

из аорты в легочную артерию

нет сброса из-за закрытия протока в первые 2 часа

Врожденный порок сердца формируется в течение

первых двух месяцев эмбриогенеза

первого месяца эмбриогенеза;

всего периода развития плода;

формирование порока происходит после рождения.

На развитие врожденного порока сердца влияют:

все перечисленное

генетические факторы;

физические и химические факторы;

генетические факторы и окружающая среда;

Назовите наиболее грозное осложнение естественного течения врожденного порока сердца:

развитие легочной гипертензии

 гипертрофия правого желудочка;

гиповолемия малого круга кровообращения;

гипертрофия левого желудочка;

Легочная гипертензия является следствием:

гиперволемии малого круга кровообращения

гиповолемии малого круга кровообращения;

гиповолемии большого круга кровообращения;

гиперволемии большого круга кровообращения

Методами диагностики врожденных пороков сердца являются:

все перечисленное

рентгенография органов грудной клетки;

электрокардиография;

эхокардиография.

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

тетрада Фалло

дефект межжелудочковой перегородки

транспозиция магистральных сосудов

открытый артериальный проток

Назовите наиболее типичное сочетание симптомов сердечной недостаточности у новорожденных детей:

одышка, тахикардия, увеличение размеров печени

цианоз, отеки, хрипы в легких

одышка, тахикардия, хрипы в легких

цианоз, одышка, тахикардия

Выберете порок с дуктус-зависимым легочным кровотоком (сброс крови через ОАП осуществляется слева-направо из аорты в легочную артерию):

критический стеноз или атрезия легочной артерии

синдром гипоплазии левых отделов сердца

перерыв дуги аорты

критический аортальный стеноз

Скачущий пульс наблюдается детей при:

открытом артериальном протоке

коарктации аорты

транспозиции магистральных сосудов

стенозе легочной артерии

Разница пульса на правой лучевой и бедренной артериях характерна для:

коарктации аорты

аномального легочного дренажа легочных вен

ДМЖП

тетрады Фалло

Врожденная полная АВБ может быть при следующих состояниях:

врожденный кардит

вторичный ДМПП

изолированный стеноз легочной артерии

аортальный стеноз

Полная АВБ у новорожденных детей чаще является:

врожденной

приобретенной

наследственной

Наиболее частой причиной возникновения желудочковой формы пароксизмальной тахикардии является:

органическая патология сердца

нейровегетативные сдвиги

пневмония

эндокринная патология

При пароксизмальной тахикардии наиболее характерным симптомом для новорожденного является:

ЧСС более 240 в мин.

ЧСС 120 в мин.

ЧСС 140 в мин.

перебои в сердечных сокращениях

С введения какого препарата целесообразно начать купирование новорожденному ребенку приступа суправентрикулярной ПТ:

АТФ внутривенно

новокаинамид внутривенно

кордарон внутривенно

дигоксин внутрь

Клинически ЭКГ-феномен WPW проявляется:

не проявляется

наличием систолического шума

редким ритмом

диастолический шум

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

***Задача 1***.

Ребенок П. 31.08.10 родился от VIII беременности, протекашей на фоне ОАА, ХВГП, низкой плацентации, дефицита веса, кольпита, варикозного расширения вен нижних конечностей. По УЗИ у плода множественные ВПР: ВПС – ДМЖП, аберрантная верхняя полая вена, невыраженный гидроперикард; удвоение правой почки с пиелоэктазией верхнего сегмента, мегауретер справа, гипотрофия плода. Роды III, срочные, I период 5 часов 25 мин, II период 10 мин, безводный период 6 часов 35 мин, воды светлые, дородовое излитие околоплодных вод. Масса при рождении 2500 гр, длина 48 см, ОГ 32 см, ОГр. 28 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения состояние ребенка средней тяжести за счет НК I степени, неврологической симптоматики, гипотрофии.

Против гепатита В не привита. БЦЖ-М 03.09.10 г. с 920, с. г. до 04.11 г., г. Москва. Неона-тальный скрининг взят 03.09.10 г.

 На 3 сутки жизни ребенок переведен в ОПН с диагнозом: ВПС (высокий ДМЖП, ОАП, аномальный дренаж легочных вен). Пиелоэктазия правой почки. Пренатальная гипотрофия II степени.

 Состояние при поступлении средней тяжести за счет НК I степени, неврологической симптоматики, гипотрофии.

 Обследование:

ОАК от 04.09.10 г. – Hb 172 г/л, Эр 5,93х1012/л, Ht 52%, L 13,5х109/л, П 8%, С 53%, М 6%, Л 32%, Э 1%, тромбоциты 200 г/л, ВСК 3 мин.30 cек - 4 мин.05 cек.

БАК от 04.09.10 г. – сахар 3,1 ммоль/л, билирубин общий 36 мкмоль/л, билирубин прямой 9 мкмоль/л, билирубин непрямой 27 мкмоль/л, АлАТ 0,01 мкмоль/с\*л, АсАТ 0,05 мкмоль/с\*л, кальций (иониз.) 1,17 ммоль/л, магний 1,04 ммоль/л, калий 4,9 ммоль/л, натрий 145 ммоль/л, хлор 112 ммоль/л, общий белок 51 г/л, альбумины 42 г/л.

БАК от 21.09.10 г. – мочевина 5,0 ммоль/л, креатинин 40,0 мкмоль/л, кальций (иониз.) 1,22 ммоль/л, магний 1,04 ммоль/л, калий 5,2 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, хлор 103 ммоль/л.

Анализ крови на РВ, РМП от 07.09.10 г. № 578 – отрицательный.

ИФА на ВИЧ 1-2 от 07.09.10 г. – отрицательный.

Кровь на ВУИ от 13.09.10 г.- матери: ВПГ Ig G положит. 66 ЕД, IgM отрицат, микоплазмоз Ig G отрицат, Ig А положит. 84 ЕД. Ребенка: ВПГ Ig G положит. 72 ЕД, IgM отрицат., микоплазмоз Ig G отрицат, Ig А отрицат.

Группа крови B (III) Rh + положительная.

ОАМ от 09.09.10 г., 24.09.10 г. – без патологии.

Копрограмма от 04.09.10 г., 25.09.10 г. - без патологии.

Посевы кала на диз. группу и сальмонеллез от 03.09.10 г. № 311,312 - отрицательные.

Посев на ВL от 24.09 10 г. № 224, 223 – роста нет.

R-графия сердца в 3-х проекциях от 03.09.10 г. (0,08 мзв) – Легочный рисунок усилен в прикорневой зоне за счет сосудистого компонента, синусы свободные. Сердце в поперечнике расширено (КТИ 61 %). В первой и второй косых проекциях увеличены правые отделы сердца.

ЭХО-КГ от 07.09.10 г.- Дуга аорты и перешеек в норме, декстрапозиция аорты 40%. Внутренний диаметр клапанного кольца аорты 13 мм. Аортальный клапан: створки три, тонкие, подвижные, укорочена ПКС. Левое предсердие 9,0 мм. Митральный клапан: ФК 12 мм на одном уровне с ТК, створки тонкие, подвижные, ПМК 5 мм. Левый желудочек: КДР 20 мм, КСР 8,0 мм, ФВ 73%, ЗСЛЖ 3,0 мм, МЖП 6,0 мм, перимембранозный высокий ДМЖП 8,0 мм (по типу АВК), движения правильные. В левом предсердии увеличен коронарный синус 2х1,5 мм. Диаметр ФК легочной артерии 9 мм, ствол 12 мм, створки клапана легочной артерии толстые, деформированные, малоподвижные. Полость правого предсердия увеличена 24х25 мм, правый желудочек 2,0 мм по длинной оси, трехстворчатый клапан: ФК 16 мм, створки тонкие, длинные, подвижные. Перикард не изменен. Вторичный ДМПП с малыми краями 9,0 мм.

Доплер КГ: градиент давления в правой ветви легочной артерии 28 мм рт. ст., МР (+1,5), ТР (++), ЛР (+), давление в правом желудочке 65-66 мм рт. ст., комбинированный сброс на МПП и МЖП.

Заключение: ВПС комбинированный – декстрапозиция аорты 40%. Высокий, перимембра-нозный ДМЖП 8 мм по типу АВК с комбинированным сбросом крови. Вторичный ДМПП с малыми краями (почти единое предсердие) 9,0 мм с комбинированным сбросом крови. Частичный аномальный дренаж легочных вен в коронарный синус (в правом и левом предсердии). Периферический стеноз легочной артерии, градиент давления в правой ветви ЛА 28 мм рт. ст. Сократительная способность миокарда в норме.

НСГ от 07.09.10 г. – умеренный отек паренхимы головного мозга, кисты до 2,0 мм в области ТКВ (ВУИ?). Вентрикулярная система не расширена. Сосудистые сплетения неоднородные.

УЗИ внутренних органов от 07.09.10 г. – правая почка 52х15 мм, паренхима до 4,2 мм, гидронефротическая трансформация, остальные органы без особенностей.

ЭКГ от 09.09.10 г.- ЭОС горизонтальная. ЧСС150 -136 в мин. Синусовая легкая аритмия. На-грузка на правый желудочек. Нарушены процессы реполяризации. Снижен вольтаж в стандартных и усиленных отведениях.

 Консультации:

Невролог – Церебральная ишемия II степени, гипертензионный синдром.

Ортопед – Дисплазия тазобедренных суставов.

Лор- врач от 11.09 10 г. без патологии.

Генетик от 15.09 10 г.- ВПС. Кариотипирование крови на 20 09 10 г.

Окулист от 17.09 10 г. – без патологии.

 Лечение:

В/м: цефазолин, лазикс, цефабол.

Внутрь: верошпирон, элькар, фенибут.

 Назначение последнего дня:

В/м: цефабол по 70 мг х 2 раза в день с 27.09 10 г.

Внутрь: верошпирон 5 мг х 2 раза в день, фенибут 40 мг х 2 раза в день, дигоксин 0,01 х 2 раза в день, аскорбиновая кислота 0,05 х 1 раз в день, фолиевая кислота 0,0005 х 3 раза в день.

 В настоящее время, состояние ребенка тяжелое. Кожа бледно-розовая с легким диффузным цианозом в покое, мраморным рисунком, чистая. Дыхание проводится, периодически прослушиваются непостоянные застойные хрипы в легких., ЧД 60-75 в мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум во всех точках, проводится за пределы сердца, ЧСС 160 уд. в минуту в покое, усиливается при нагрузке до 180. Пульс на бедренных артериях определяется. Кормится из рожка смесью, не срыгивает. Живот мягкий, печень + 2,0 см. Стул и мочеиспускание не нарушены. Масса 2880 гр.

 Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Какое обследование еще требуется провести?
3. Ваша тактика действия. На педиатрическом участке

**Эталон**

1. **Диагноз:** *основной:*ВПС комбинированный: декстрапозиция аорты 40%, высокий перимембранозный ДМЖП, вторичный ДМПП, частичный аномальный дренаж легочных вен, периферический стеноз легочной артерии, ОАП, НК II А степени. Гидронефроз правой почки. Дисплазия тазобедренных суставов.

*Сопутствующий*: Церебральная ишемия II степени, синдром гипервозбудимости.

1. Ребенку показано оформление выписки в федеральный кардиологический центр, поскольку высокие показатели легочной гипертензии, должен решиться вопрос о сроках оперативного лечения

**Задача 2.**

Мальчик А. 10.07.10 г. рождения, находился на обследовании и лечении в МУЗ с 13.07.10 г. по 09.08.10 г.

 Анамнез: Мать – 19 лет, ребенок от IV беременности, на учет женщина встала в 18 нед., со слов мамы без патологии. Пренатальная диагностика: УЗИ плода – без патологии. Роды III, срочные, домашние. Rh отрицательная кровь. I период 2 часов 30 мин, II период 20 мин, безводный промежуток – 20 мин, околоплодные воды светлые. Масса при рождении 3460 г., длина 51 см, ОГ 34 см, ОГр. 33 см. Состояние ребенка за время наблюдения тяжелое. Крик громкий, болезненный. Кожа чистая, выраженный диффузный цианоз, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве. Сосет через рожок по 90 - 100 мл, объем усваивает, не срыгивает, в массе прибавляет. Мышечная дистония со склонностью к гипотонии, физиологические рефлексы неустойчивые. Движения хаотичные, легко возбудим. Отмечается потливость. Одышка в покое до 90 в мин. с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится, хрипов нет. Тоны сердца громкие ритмичные, систолический шум, тахикардия до 180 уд. в мин. Живот мягкий, не вздут. Печень + 3,0 см. Стул, диурез не нарушены. Масса 4166 гр. SаО2 50-60%.

Для дальнейшего обследования и лечения на 4 сутки переведен в ОПН. Против гепатита В и туберкулеза не привит. Неонатальный скрининг взят 13.07.10г.

 Обследование:

ОАК от 14.07.10 г. – Нв 212 г/л, Эр 6,00 г/л, ЦП 1,06, Нt 66%, L 17,8 г/л, П 9%, С 64%, Л 20%,М 6%, Э 1%, тромбоциты 310 г/л, ВСК 2 мин 40 сек – 3 мин 25 сек.

 БАК от 14.07.10 г. – калий 5,5 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, кальций ион. 1,03 ммоль/л, сахар 3,5 ммоль/л, хлор 109 мкмоль/л, магний 1,01 ммоль/л, креатинин 38 мкмоль/л АлАТ 0,03 мкмоль/л, АсАТ 0,081 мкмоль/л, общий белок 59 г/л, альбумины 40 г/л.

Группа крови – 0 (I) Rh отрицательная.

ИФА на ВИЧ 1-2 от 14.07.10 г. – отрицательный.

Анализ крови на РМП № 449 от 14.07.10 г. – отрицательный.

Анализ крови на ВГС, ВГВ № 86 от 14.07.10 г. – отрицательный.

Кариотип крови от 20.07.10 г. – 46 ХY.

Кровь на ВУИ от 20.07.10 г – у ребенка: ВПГ- Ig G положительные 70 ЕД, Ig М отрицательные. Микоплазмоз - Ig G, Ig А отрицательные.

ОАМ от 14.07.10 г., 08.08.10 г. – без патологии.

Копрограмма от 14.07.10 г., 08.08.10 г. – без патологии.

Посевы на диз. группу, сальмонеллез от 13.07.10 г. № 821,822 – отрицательные.

Посевы на BL от 04.08.10 г. № 199, 200 – роста нет.

ЭКГ от 15.07.10 г. – ЭОС отклонена вправо, ЧСС 158-140 в мин., синусовая легкая аритмия, нагрузка на правый желудочек.

 ЭКГ от 06.08.10 г. – ЭОС отклонена вправо, ЧСС 140-130 в мин., синусовый ритм. Нагрузка на правый желудочек.

ЭХО-КГ от 12.07.10 г. – Внутренний диаметр клапанного кольца аорты 11,3 мм. Аортальный клапан: регургитация (+0,5). Левое предсердие 12 мм. Митральный клапан ФК 11,5 мм, створки уплотнены. Левое предсердие не увеличено. Левый желудочек: КДР 19 мм, КСР- 9 мм, ФВ 74%, ЗСЛЖ не утолщена, МЖП без видимых дефектов. Увеличены правые отделы сердца до 18,0мм. Регургитация на ТК (+2,5), Диаметр фиброзного кольца легочной артерии 9,7мм, створки клапана тонкие. ООО 5,6 мм. Аорта находится справа и спереди от легочной артерии (D-транспозиция). Легочная артерия отходит от левого желудочка и формирует митрально-полулунное продолжение. Аорта отходит от правого желудочка. Перикард не изменен. Легочная гипертензия до 38,7 мм рт.ст.

НСГ от 12.07.10 г. – выраженный отек паренхимы головного мозга, повышена эхогенность в ПВО.

УЗИ внутренних органов от 12.07.10 г. – увеличены размеры печени (54х23 мм), селезенки (44х27 мм), повышена их эхогенность. Признаки ишемии обеих почек.

Rg- графия сердца в 3-х проекциях от 15.07.10 г. – Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочной рисунок в прикорневой зоне усилен за счет сосудистого компонента (венозное полнокровие). Синусы свободные. Сердце в поперечнике расширено (КТИ= 61 %), талия выражена, верхушка закруглена. В I и II косой проекциях увеличены правые отделы, левые не изменены, узкий сосудистый пучок.

 Консультирован:

Лор-врачом 14.07.10 г.- без видимой патологии.

Неврологом 14.07.09г., 09.08.10 г. – Церебральная ишемия I ст., синдром гипервозбудимости ЦНС.

Окулистом 15.07.10 г. – без патологии.

 Получал лечение:

в/в: общий объем 240, 0мл

в/м: преднизолон, лазикс, актовегин, цефазолин.

внутрь: верошпирон, фенибут, дигоксин, элькар.

 Состояние ребенка за время наблюдения тяжелое. Крик громкий, болезненный. Кожа чистая, выраженный диффузный цианоз, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве. Сосет через рожок по 90 - 100 мл, объем усваивает, не срыгивает, в массе прибавляет. Мышечная дистония со склонностью к гипотонии, физиологические рефлексы неустойчивые. Движения хаотичные, легко возбудим. Отмечается потливость. Одышка в покое до 90 в мин. с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание проводится, хрипов нет. Тоны сердца громкие ритмичные, систолический шум, тахикардия до 180 уд. в мин. Живот мягкий, не вздут. Печень + 3,0 см. Стул, диурез не нарушены. Масса 4166 гр. SаО2 50-60%.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Кто из специалистов должен консультировать ребенка.
3. Перечислите объем оказания помощи ребенку.
4. Тактика ведения данного ребенка.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Основной ВПС: Транспозиция магистральных сосудов, ООО, ОАП, легочная гипертензия, фаза первичной адаптации, НК II Б степени (код Q 20.3). Сопутствующий: Церебральная ишемия I степени, синдром гипервозбудимости. Риск ВУИ.
2. Генетик и кардиолог
3. Показано титрование простогландина, противопоказано назначение кислородотерапии.
4. Ребенок нуждается в срочной транспортировке в кардиохирургической помощи.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 7:** **Болезни нервной системы**.

Формы текущего контроля успеваемости*: собеседование, тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для собеседования:***

1. Условия оценки неврологического статуса доношенного и недоношенного новорожденного.
2. Классификация ГИ ПП ЦНС.
3. Клинические синдромы поражения ЦНС при родовой травме.
4. Травма головного мозга.
5. Травмы спинного мозга.
6. Гнойные менингиты.
7. Дифференциальная диагностика и тактика лечения судорожного синдрома у новорожденных
8. Реабилитационная терапия.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

Кровоизлияния у недоношенных детей чаще обусловлены:

особенностями герминативного тракта

высоким артериальным давлением

парентеральным питанием

наличием врожденного порока сердца

Внутрижелудочковые кровоизлияния 1 сепени –это:

СЭК

СЭК в сочетании с ВЖК

ВЖК в сочетании с паренхиматозным кровоизлиянием

СДК

Постгеморрагическая гидроцефалия это:

нарушение оттока ликвора

лейкомаляция

гиперпродукция ликвора

атрофия мозга

Судороги у новорожденного ребенка не могут быть следствием:

свободного пеленания

нейроинфекции

внутричерепной родовой травмы

асфиксии

При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток в первую очередь следует исключить:

гнойный менингит

внутричерепное кровоизлияние;

порок развития головного мозга;

метаболические нарушения;

Наиболее распространенными вариантами переломов костей черепа у новорожденных является:

вдавленные и линейные переломы теменной кости

переломы основания черепа

переломы решетчатой кости

переломы скуловой кости

При наличии у новорожденного изолированного паралича дюшена-эрба следует думать об интранатальном повреждении:

спинномозговых нервов

локтевого нерва корешков

мозжечка

спинного мозга

Основными мероприятиями при лечении новорожденных с акушерскими парезами и параличами верхних конечностей в родильном доме являются:

иммобилизация пораженной конечности мягким способом, использование после 5-7 суток жизни осторожной гимнастики для суставов пораженной конечности

иммобилизация головы и шеи любыми доступными способами

иммобилизация пораженной конечности с помощью лонгеток, активная анальгетическая, гемостатическая и стероидная терапия

как можно более раннее начало физиотерапии

Алгоритм транспортировки не включает в себя:

наложение льда

установка и фиксация ректального датчика

температура в машине 18º-24ºС

температура транспортного инкубатора 25ºС

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

1. Проведите неврологический осмотр здорового новорожденного.
2. Проведите неврологический осмотр недоношенного ребенка 2 месяцев, родившегося на 33 неделе гестации.

***Решение ситуационных задач.***

***Задача 1***

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 4500г, длина тела 54см. 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. Правое надплечье короче левого. Правую руку щадит.

***Задание:***

1. Поставьте диагноз. Поясните причины выявленных изменений.
2. Можно ли проводить профилактические прививки?

***Эталон ответов:***

1. Диагноз: Родовая травма. Перелом ключицы справа. Церебральная ишемия, синдром угнетения, средней степени тяжести, острый период.(Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Эпизиотомия не проводилась. Родостимуляция окситоцином. Правое надплечье короче левого. Правую руку щадит).
2. Привики противопоказаны.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Тема 8:** **Желтухи новорожденных**

Формы текущего контроля успеваемости*: собеседование, тестирование, практические задания для демонстрации практических навыков, проверка историй болезни.*

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для собеседования:***

1. Обмен билирубина.
2. Желтухи с непрямой гипебилирубинемией
3. Желтухи с прямой гипербилирубинемией
4. Гемолитическая болезнь новорожденного.

***Типовые тестовые задания***

*(выбрать один вариант правильного ответа):*

У необследованной матери в момент извлечения ребенка в родах выявлено: желтушно окрашенные околоплодные воды, оболочки пуповины, первородная смазка, - чем следует исключать в первую очередь:

отечную форму ГБН

сепсис

TORHC синдром

патологии нет

Прямая проба Кумбса положительна при:

гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору

гепатите

геморрагической болезни новорожденных

талассемии

Признаками гемолитической болезни новорожденных являются все перечисленные, кроме:

отсутствие ретикулоцитоза

ретикулоцитоз

снижение уровня гемоглобина в динамике

появление желтухи в первые сутки жизни

Первыми симптомами билирубиновой интоксикации у новорожденных детей являются:

резкое угнетение

возбуждение

повышение мышечного тонуса

ригидность затылочных мышц

Показания для заменного переливания крови при ГБН:

гемоглобин пуповинной крови менее 120 г/л

гемоглобин пуповинной крови более 140 г/л

показатели билирубина пуповинной крови 25 мкмоль/л

почасовой прирост билирубина 4,5 мкмоль/л

Показания для заменного переливания крови при ГБН:

почасовой прирост билирубина 6,5 мкмоль/л

гемоглобин пуповинной крови более 140 г/л

показатели билирубина пуповинной крови 25 мкмоль/л

почасовой прирост билирубина 4,5 мкмоль/л

Суточный объем жидкости, который ребенок получает энтерально или парентерально,при гипербилирубинемии необходимо:

увеличить на 10-20%

не изменять

увеличить на 30-50%

уменьшить на 10- 20%

На гиперпродукцию билирубина не влияет:

синдром Жильбера

гемолитическая болезнь новорожденного

структурные нарушения эритроцитов

ээритроцитарные ферментопатии

Критериями физиологической желтухи у новорожденного ребенка являются все, кроме:

преобладание прямой фракции билирубина

появление после 36 часов жизни

максимум на 3-4 сутки

максимальное значение общего билирубина не превышает 205 мкмоль/л у доношенных новорожденных

У каких детей не используется шкала Крамера:

у детей с дефицитом массы

 у доношенных

имеющих ВПС

находящихся на инфузионной терапии

К неэффективным и потенциально опасным методам лечения относятся все, кроме:

фототерапия

инфузионная терапия

применение фенобарбитала

переливание плазмы и альбумина

***Практические задания для демонстрации практических навыков:***

***Задачи 1.***

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в роддоме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II)Rh(-)отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась м/абортом на сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность 2-я, протекала с токсикозом в 1-м триместре, в 3-м триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90мм.рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. I-й период 6час 30мин., 2-й – 25мин., безводный промежуток – 3часа. Масса тела при рождении 3300г, длина тела 51см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу после рождения было отмечено желтушное окрашивание кожи, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3см и селезенки до +1,5см.

При дополнительном обследовании:

Билирубин пуповинной крови 105мкмоль/л

БАК в возрасте 4-х часов жизни: непрямой билирубин 175мкмоль/л

Hb периферической крови по cito 149г/л

Задание:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?

2. Как должен вскармливаться данный ребенок?

6. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?7

7. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?

***Эталон 1.***

* 1. Диагноз гемолитическая болезнь новорожденного по резус фактору, желтушная форма, тяжелая.
	2. Проводится определение группы крови ребенка и прямая проба Кумбса.
	3. Ядерное поражение мозга, а в последующим и железодефицитная анемия и синдром холестаза.
	4. Рекомендовано – ОАК через месяц, осмотр невролога, через 6 месяцев кровь на ВИЧ и гепатиты.

***Проверка историй развития новорожденных***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

4. Реабилитационной деятельности:

- определение показаний для проведения реабилитации;

- разработка плана реабилитационных мероприятий.

- определения показаний и противопоказаний к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

- определение показания и противопоказаний к санаторно-курортному лечению;

- оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

5. Проведение профилактической работы среди пациентов и их родственников, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Неонатология» проводится в форме зачета по экзаменационным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и проверки практических навыков и выводится по формуле умножения:

ИО = Оц1 х Оц2 х К, где

ИО – итоговая оценка (в баллах);

Оц1 – оценка по первому вопросу;

Оц2 – оценка по второму вопросу;

К – коэффициент по проверке практических навыков (1 – зачтено, 0 – не зачтено).

Исходя из полученной суммы баллов, выставляется итоговая оценка:

|  |  |
| --- | --- |
| **Сумма баллов** | **Итоговая оценка** |
| 25 | «отлично» |
| 15-20 | «хорошо» |
| 9-12 | «удовлетворительно» |
| 0 | «неудовлетворительно» |

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью иди с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1. Беременные высокого риска
2. Антенатальная охрана плода
3. Значение детских поликлиник в организации дородового патронажа
4. Принципы работы медико-генетического консультирования
5. Новорожденные группы повышенного риска
6. Комплексная оценка состояния здоровья новорожденных.
7. Осмотр новорожденного и определение клинической, группы, формулировка диагноза
8. Определение физического развития
9. Понятие внутриутробной инфекции, инфицирование
10. Диагностика внутриутробной инфекции
11. Вертикальный путь передачи ВИЧ инфекция
12. TORCH –синдром
13. Принципы развивающего ухода недоношенных.
14. ВПС, клиника, диагностика, тактика ведения, оказание неотложной помощи, маршрутизация
15. Желтухи с непрямой гипебилирубинемией
16. Желтухи с прямой гипербилирубинемией

***Типовые практические задания для проверки***

***сформированных умений и навыков***

1. Продемонстрируйте навык первичного туалета глаз.
2. Продемонстрируйте навык первичного осмотра новорожденного.
3. Продемонстрируйте навык первичного антропометрического измерения новорожденного.
4. Продемонстрируйте навык прикладывание новорожденного к груди.
5. Ребенок рожден на 35 неделе гестации, массой 3 500кг, как вы поставите диагноз данному ребенку объясните причины возникшего состояния.
6. Ребенок рожден на 38 неделе гестации массой 980,0 грамм, какой ваш заключительный диагноз и какой срок гестации позволяет его выставить.
7. Ребенок рожден на 40 неделе гестации массой 3500, мальчик, Ваша оценка его развития.
8. Ребенок рожден на 27 неделе гестации, Ваш диагноз

***Эталоны решения типовых практических заданий для проверки***

***сформированных навыков***

1. Большой для гестационного возраста— ребенок, имеющий массу тела выше 90% центиля для его срока гестации. В большинстве случаев причиной является сахарный диабет у матери.
2. Экстремально низкая масса при рождении (экстремально недоношенные дети) — ребенок любого срока гестации, имеющий массу тела при рождении менее 1000 г
3. Доношенный здоровый новорожденный
4. Недоношенность 27 недель.

**Образец экзаменационного билета для промежуточной аттетсации**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии

направление подготовки (специальность) *31.08.19 Педиатрия*

дисциплина Неонатология

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Комплексная оценка состояния здоровья новорожденных. Группы здоровья.
2. Непрямая гипербилирубинемия. Этиология. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика.

**II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Продемонстрируйте навык первичного антропометрического измерения новорожденного

Заведующий кафедрой

педиатрии (Г.Ю. Евстифеева)

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации (И.В. Ткаченко)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Перечень дидактических материалов для обучающихся на промежуточной аттестации.**

1. Стандарты оказания медицинской помощи по неонатологическому профилю.

2. Набор клинических задач, практических заданий.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 5 | ПК-1готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания | Знать: - влияние различных факторов в различные сроки беременности; организацию антенатальной охраны плода, диспансеризацию беременных, группы риска, маршрутизацию беременных для родоразрешения и новорождённых, медико-генетическое консультирование; | вопросы № 1,2,3 |
| Уметьпрогнозировать и проводить мероприятия по коррекции состояния новорождённого; определить необходимость дополнительных методов исследования и интерпретировать их результаты; провести вскармливание доношенного и недоношенного ребёнка; | практические задания № 1-4 |
| Владеть: методикой расчета степени риска и формирование групп риска беременных; - определением групп риска новорождённых по различной патологии; - тактикой организации медицинской помощи новорождённым в зависимости от заболевания | практические задания №-1-4 |
| 6 | ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми | Знатьанатомо-физиологические особенности новорождённого доношенного ребёнка; - анатомо-физиологические особенности недоношенного ребёнка в зависимости от массы тела при рождении; − тактику организации медицинской помощи при выявлении заболеваний у новорождённых. Показания к переводу ребенка в различные отделения, процедура выписки, основные принципы организации диспансерного наблюдения за недоношенными детьми | Вопросы № 5,6,7,8 |
| Уметьпровести объективное обследование новорождённого; - определить необходимость дополнительных методов исследования и интерпретировать их результаты; - установить диагноз, обосновать схему, план и тактику ведения больного; - провести дифференциальную диагностику заболеваний; - оформить медицинскую документацию; - провести дородовый патронаж и первичный патронаж новорожденного. | практические задания № 1-4 |
| Владетьоценкой степени зрелости новорождённого и критериями по массе тела при рождении; - техникой прикладывания новорождённых к груди и методами вскармливания доношенных и недоношенных новорождённых; - определением групп риска новорождённых по различной патологии; - тактикой организации медицинской помощи новорождённым в зависимости от заболевания | практические задания № -1-4 |
|  | ПК5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | Знать: диагностику симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; - клинико-лабораторные и инструментальные методы обследования новорождённых; | Вопросы № 9-16 |
| Уметь: поставить и обосновать клинический диагноз; провести дифференциальный диагноз | практические задания № 5-8 |
| Владеть: особенностями сбора анамнеза; методикой клинического осмотра новорожденного;-методикой диагностического поиска; выбора методов диагностики и оценкой полученных клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики | практические задания № 5-8 |
|  | ПК6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи | Знать: Порядки оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям Стандарты специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям. МКБ Современные принципы вскармливания и лечебного питания новорожденных и недоношенных детей. Методы лечения новорожденных и недоношенных детей с заболеваниями и патологическими состояниями | Вопросы № 9-16 |
| Уметь: Назначать лекарственные препараты новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Назначать и проводить питание новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи . | практические задания № 5-8 |
| Владеть: Назначением питания новорожденным и недоношенным детям , назначением лечебного питания новорожденным и недоношенным детям с заболеваниями и патологическими, организацией и назначением условий выхаживания и методов ухода за новорожденными и недоношенными детьми, назначение лекарственных препаратов новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. | практические задания № 5-8 |
|  | ПК 8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Знать: Принципы и методы немедикаментозной терапии новорожденных и недоношенных детей; возможные осложнения и побочные действия. | Вопросы № 11-16 |
| Уметь: оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой детям с соматической патологией; - проводить отбор пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации | практические задания № 5-8 |
| Владеть: алгоритмом использования лекарственные средств(разрешенным для применения в неонатальном периоде) и немедикаментозных методов (физиотерапия, бальнеотерапия, музыкотерапия, массаж, ипотерапия и др.) на разных этапах лечения и реабилитации; | практические задания № 5-8 |
|  | ПК9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | Знать: нормативно-правовую базу по вопросам неонатологии (приказы Минздравсоцразвития России №409-н, №1687-н, №440); - организацию антенатальной охраны плода, диспансеризацию беременных, группы риска, маршрутизацию беременных для родоразрешения и новорождённых, медико-генетическое консультирование; - влияние различных факторов в различные сроки беременности; - невынашивание беременности и его профилактика; - организацию и порядок оказания медицинской помощи новорождённым; - санитарно-эпидемиологический режим работы лечебных учреждений для новорождённых; - особенности вскармливания новорождённых; - тактику организации медицинской помощи при выявлении заболеваний | Вопросы № 8-16 |
| Уметь: Обучать законных представителей ребенка и ухаживающих лиц навыкам физиологического ухода за новорожденными и недоношенными детьми. Организовывать и проводить мероприятия по поддержке грудного вскармливания, рекомендовать оптимальный вид питания для новорожденного и недоношенного ребенка в случаях невозможности грудного вскармливания. Организовывать проведение неонатальных скринингов на врожденные и наследственные заболевания, организовывать проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей. Организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции в отделениях неонатологического профиля (совместно с врачом-эпидемиологом) | практические задания № 5-8 |
| Владеть: Обучать законных представителей ребенка и ухаживающих лиц навыкам физиологического ухода за новорожденными и недоношенными детьми. Организовывать и проводить мероприятия по поддержке грудного вскармливания, рекомендовать оптимальный вид питания для новорожденного и недоношенного ребенка в случаях невозможности грудного вскармливания. Организовывать проведение неонатальных скринингов на врожденные и наследственные заболевания, организовывать проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей. Организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции в отделениях неонатологического профиля (совместно с врачом-эпидемиологом) | практические задания № 5-8 |