Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» июня 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.18 Неонатология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 30.06.2021 № 559 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-неонатолог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология составляет 3 зачетные единицы, из них: 2 зачетные единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.18 Неонатология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-неонатолог».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям	**ПК-1.** Способен к оказанию медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
непосредственно после рождения (в родильном зале) **ТФ А/01.8**	
ОТФ А Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза **ТФ А/02.8**	**ПК-2.** Способен к проведению медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза
ОТФ А Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей **ТФ А/03.8**	**ПК-3.** Способен к проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей
ОТФ А Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения **ТФ А/04.8**	**ПК-4.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОТФ А Оказание медицинской помощи в экстренной форме **ТФ А/06.8**	**ПК-5.** Способен к оказанию медицинской помощи в экстренной форме

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант ответа.

1. Какие причины обусловливают трудности вскармливания недоношенных детей, особенно в первые 2 недели жизни:

1) незрелость пищеварительной системы;

2) незрелость нервной системы;

3) сопутствующие заболевания;

4) все вышеназванные причины.

2. У ребенка в возрасте 2-х дней обнаружен четко выраженный краниотабес, что необходимо предпринять для установления диагноза:

1) определить в сыворотке крови уровень кальция, фосфора и щелочной фосфатазы;

2) ограничиться наблюдением;
3) сделать рентгенографию черепа;
4) сразу назначить витамин D в дозе 500 МЕ в сутки;
5) сделать люмбальную пункцию.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.18 Неонатология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода.

2. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода; влияние на плод табакокурения и алкоголя, лекарственных препаратов, производственных вредностей.

Примеры контрольных заданий:

1. Проведение расчета объема переливания эритроцитарной массы при острой и хронической кровопотере у новорожденного.

2. Проведение интубации трахеи и техники непрямого массажа сердца на муляже.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Новорожденный мальчик 1-х суток жизни от женщины 31 года, с неосложненным соматическим анамнезом, от беременности, протекавшей с тяжелым гестозом в III триместре, преждевременных родов на 34 неделе гестации в головном предлежании путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием гестоза у женщины (повышение уровня артериального давления и протеинурии). Масса тела при рождении 1970г, рост 43см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенку была произведена санация верхних дыхательных путей и дополнительная оксигенация через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности (тяжесть дыхательных нарушений 7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения центральной нервной системы. В возрасте 1 часа жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхательных движений до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было. КОС pH 7,25; p CO_2 65 мм рт.ст. pO_2 35 мм рт.ст; BE – 3,0 ммоль/литр.

Вопросы к задаче:

1. Предварительный диагноз:

2. Основной метод лечения данного состояния.

3. Дозы и метод введения сурфактанта.

Ситуационная задача № 2.

Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет с хроническим пиелонефритом и сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортом). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750г, рост 41см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток 13,5 часа. Околоплодные воды прозрачные. В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду. При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 3 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190г/л, эритроциты $5,6x10^{12}$/л, лейкоциты $23x10^{9}$/л, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 16%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты $160x10^{9}$/л, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

Вопросы к задаче:

1. Основной диагноз.
2. Назначьте терапию.
3. Рассчитайте дозы назначенных антибиотиков.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

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

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Володин Н.Н. Неонатология. Клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-6213-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462133.html

2. Неонатология: в 2 т: монография / под редакцией Т.Л. Гомеллы [и др.]; перевод с английского Д. Н. Дегтярева. – 2-е изд. – Москва: Лаборатория знаний, 2020. – 869 с. – ISBN 978-5-00101-738-7. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: https://e.lanbook.com/book/151565

3. Неонатология: учебник / А.К. Ткаченко, А.А. Устинович, А.В. Сукало [и др.]; под редакцией А.К. Ткаченко, А.А. Устинович. – Минск: Вышэйшая школа, 2017. – 608 с. – ISBN 978-985-06-2780-3. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: https://e.lanbook.com/book/111303

4. Кешишян Е.С. Оценка психомоторного развития ребенка раннего возраста в практике педиатра / Кешишян Е.С., Сахарова Е.С., Алямовская Г.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 104 с. – ISBN 978-5-9704-5831-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458310.html

5. Шабалов Н.П. Неонатология: в 2 т. Т. 1.: учебное пособие / Н.П. Шабалов и др. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 720 с. – ISBN 978-5-9704-5770-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457702.html

6. Шабалов Н.П. Неонатология: в 2 т. Т. 2.: учебное пособие / Н.П. Шабалов и др. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 752 с. – ISBN 978-5-9704-5771-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457719.html

7. Ионов О.В. Неотложные состояния у новорожденных детей / Ионов О.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с. – ISBN 978-5-9704-5809-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458099.html

8. Шайтор В.М. Неотложная неонатология: краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 320 с.: ил. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-5515-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455159.html

9. Александрович Ю.С. Респираторная поддержка при критических состояниях в педиатрии и неонатологии / Александрович Ю.С., Пшениснов К.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5418-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454183.html

10. Козлов Ю.А. Хирургические болезни недоношенных детей: национальное руководство / под ред. Ю.А. Козлова, В.А. Новожилова, А.Ю. Разумовского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с. – ISBN 978-5-9704-5072-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450727.html

11. Критическое состояние плода: диагностические критерии, акушерская тактика,

перинатальные исходы / А.Н. Стрижаков [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 176 с. – ISBN 978-5-9704-4554-9. – Текст: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445549.html

12. Байбарина Е.Н. Избранные клинические рекомендации по неонатологии / под ред. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-3681-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436813.html

13. Шухов В.С. Антимикробная терапия у детей / В.С. Шухов, Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина, В.В. Зубков – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-3672-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436721.html

14. Манухин И.Б. Пропедевтика пренатальной медицины: руководство для врачей / И.Б. Манухин, Л.В. Акуленко, М.И. Кузнецов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-3249-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432495.html

15. Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Том 1. Акушерство, неонатология: руководство / Под общей ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Литтерра, 2010. – 784 с. (Серия «Рациональная фармакотерапия») – ISBN 978-5-904090-38-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785904090388.html

Дополнительная литература:

1. Самсыгина Г.А. Неонатальный сепсис / Самсыгина Г.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 192 с. – ISBN 978-5-9704-5388-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453889.html

2. Володин Н.Н. Желтухи новорожденных / Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н., Дегтярева А.В., Нароган М.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 8213 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4802-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448021.html

3. Савельева Г.М. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: руководство / Савельева Г.М., Коноплянников А.Г., Курцер М.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 144 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-2563-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425633.html

4. Дегтярева А.В. Негемолитические желтухи у новорожденных детей: учебное пособие / А.В. Дегтярева, Д.Н. Дегтярев, Ю.М. Голубцова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 80 с.: ил. – 80 с. – ISBN 978-5-9704-5116-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451168.html

5. Джонас Р.А. Хирургическое лечение врожденных пороков сердца / Ричард А. Джонас; пер. с англ. под ред. М.В. Борискова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 736 с. – ISBN 978-5-9704-4087-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440872.html

6. Джонас Р.А. Дополнительные материалы к изданию: «Хирургическое лечение врожденных пороков сердца» / Ричард А. Джонас; пер. с англ. под ред. М.В. Борискова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 736 с. – ISBN 978-5-9704-4087-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440872.html

7. Крючко Д.С. Открытый артериальный проток у недоношенных: пособие / Крючко Д.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 48 с. – ISBN 978-5-9704-5242-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452424.html

8. Козлов Ю.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей / под ред. Козлова Ю.А., Подкаменева В.В., Новожилова В.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 752 с. – ISBN 978-5-9704-4127-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441275.html

9. Мазанкова Л.Н. Микродисбиоз и эндогенные инфекции: руководство для врачей / Мазанкова Л.Н., Рыбальченко О.В., Николаева И.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. –

336 с. – ISBN 978-5-9704-4701-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447017.html

10. Горелышев С.К. Медуллобластомы у детей / С.К. Горелышев, О.А. Медведева и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. (Серия «Детская нейрохирургия») – ISBN 978-5-9704-5425-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454251.html

11. Горелышев С.К. Детская нейрохирургия / под ред. С.К. Горелышева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-4098-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440988.html

12. Кильдиярова Р.Р. Линейки педиатрические. Диагностика, питание, лечение / Кильдиярова Р.Р. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – ISBN 978-5-9704-5346-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453469.html

13. Труфанов Г.Е. Практическая ультразвуковая диагностика в педиатрии / под ред. Труфанова Г.Е., Иванова Д.О., Рязанова В.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 216 с. – ISBN 978-5-9704-4225-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442258.html

14. Айламазян Э. К. Инфекционно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии / под ред. Э.К. Айламазяна – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-3945-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439456.html

15. Разумовский А.Ю. Эндоскопическая хирургия в педиатрии / А.Ю. Разумовский, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-3622-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436226.html

16. Доброхотова Ю.Э. Угроза прерывания беременности в различные сроки гестации / Доброхотова Юлия Эдуардовна – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-3697-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436974.html

17. Яковлев С.В. Рациональная антимикробная терапия: руководство для практикующих врачей / под ред. С.В. Яковлева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Литтерра, 2015. – 1040 с. (Серия «Рациональная фармакотерапия».) – ISBN 978-5-4235-0171-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501716.html

18. Рабочая тетрадь по госпитальной педиатрии. Модуль «Неонатология»: учебно-методическое пособие / составители А. С. Боткина [и др.]; под редакцией П.В. Шумилова. – Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2019. – 176 с. – ISBN 978-5-88458-455-6. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: https://e.lanbook.com/book/175296

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.18 Неонатология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Неонатология /40	**1. Какие причины обусловливают трудности вскармливания недоношенных детей, особенно в первые 2 недели жизни:** 1) незрелость пищеварительной системы; 2) незрелость нервной системы; 3) сопутствующие заболевания; 4) все вышеназванные причины. **2. У ребенка в возрасте 2-х дней обнаружен четко выраженный краниотабес, что необходимо предпринять для установления диагноза:** 1) определить в сыворотке крови уровень кальция, фосфора и щелочной фосфатазы; 2) ограничиться наблюдением; 3) сделать рентгенографию черепа; 4) сразу назначить витамин D в дозе 500 МЕ в сутки; 5) сделать люмбальную пункцию. **3. Ведущим этиологическим фактором геморрагической болезни новорожденных является:** 1) транзиторная недостаточность витамин К зависимых факторов свертывания крови; 2) поражение печени различного генеза; 3) тромбоцитопении; 4) наследственный дефект отдельных факторов свертывания крови. **4. Прямая проба Кумбса положительна при следующих заболеваниях:** 1) гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору; 2) гемолитической болезни новорожденных по системе АВО; 3) геморрагической болезни новорожденных; 4) витамин Е-дефицитной анемии. **5. Цианоз кожи и слизистых оболочек нарастает при беспокойстве у детей при всех ниже перечисленных заболеваниях, кроме:** 1) врожденных пороков сердца; 2) метгемоглобинемии; 3) пневмонии; 4) ателектазах легких; 5) синдроме крупа. **6. У новорожденного ребенка с дефектом**

		межжелудочковой перегородки первоначально небольшой систолический шум усилился ко второму месяцу жизни. Это может быть связано: 1) со снижением резистентности легочных сосудов; 2) с прогрессирующим увеличением диаметра ДМЖП параллельно росту ребенка; 3) с увеличением сердечного выброса; 4) со всеми указанными причинами. **7. Диагноз внутриутробной пневмонии правомочен только в случаях появления клинических симптомов заболевания:** 1) в течение первых суток жизни ребенка; 2) в течение первых 72 часов жизни; 3) в течение первых 48 часов жизни; 4) первой недели жизни. **8. Бронхо-легочная дисплазия – это:** 1) наследственное заболевание легких, передающееся по аутосомно-доминантному типу; 2) врожденное заболевание с дебютом в подростковом возрасте; 3) полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся в период новорожденности в результате лечения РДСН и, или пневмонии. **9. Какой из врожденных пороков сердца требует хирургического лечения в период новорожденности:** 1) тетрада Фалло; 2) транспозиция магистральных артерий; 3) синдром гипоплазии левого сердца; 4) дефект межжелудочковой перегородки. **10. Цианоз при врожденных пороках сердца является следствием:** 1) анемии; 2) периферических отеков; 3) наличия в крови метгемоглобинемии; 4) наличия в крови восстановленного гемоглобина. **11. ЭКГ новорожденного отличается от ЭКГ взрослого:** 1) низкими зубцами Р; 2) отклонением электрической оси сердца влево; 3) удлинением интервала QT; 4) отклонением электрической оси сердца вправо; 5) всем перечисленным. **12. Шкала Сильвермана используется для определения:** 1) зрелости новорожденного; 2) тяжести асфиксии у новорожденного; 3) степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка; 4) степени тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка; 5) все перечисленное.

		13. Дифференциальную диагностику пузырчатки новорожденных следует проводить с: 1) врожденным сифилисом; 2) врожденным буллезным эпидермолизом; 3) эксфолиативный дерматит Риттера; 4) со всеми перечисленными заболеваниями. **14. Врожденная гиперплазия коры надпочечников наследуется по:** 1) аутосомно-рецессивному типу; 2) аутосомно-доминантному типу; 3) сцепленному с Х-хромосомой; 4) сцепленному с У-хромосомой; 5) полигенному типу. **15. Для определения глубины постановки желудочного зонда у новорожденного необходимо измерить расстояние:** 1) от мочки уха до пупочного кольца; 2) от мочки уха до носа и от носа до мечевидного отростка грудины; 3) от мочки уха до мечевидного отростка грудины+6 см. **16. Бессимптомное течение внутричерепного кровоизлияния у недоношенных детей наиболее часто встречается при:** 1) паренхиматозном кровоизлиянии; 2) субдуральном кровоизлиянии; 3) эпидуральном кровоизлиянии; 4) субарахноидальном кровоизлиянии; 5) внутрижелудочковом кровоизлиянии; 6) изолированном субэпендимальном кровоизлиянии. **17. Какие из нижеперечисленных симптомов и состояний встречаются при алкогольном синдроме плода:** 1) ЗВУР, черепно-лицевой дизморфизм; 2) глухота, макросомия; 3) ВПС, синдром каудальной регрессии, полидактилия; 4) все ответы правильные. **18. Укажите наиболее частую локализацию внутричерепных кровоизлияний у недоношенных детей:** 1) субдуральные; 2) эпидуральные; 3) интравентрикулярныев вещество мозга. **19. Систоло-диастолический шум во 2-м межреберье слева чаще всего свидетельствует о:** 1) дефекте межжелудочковой перегородки; 2) дефекте межпредсердной перегородки; 3) открытом артериальном протоке; 4) митральной недостаточности. **20. Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:** 1) более 22- недель; 2) более28 недель;

		3) 36-40 недель; 4) более 37 полных недель; 5) более 42 недель. **21. Транзиторные особенности метаболизма новорожденного включают:** 1) катаболическую направленность белкового обмена; 2) катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию; 3) метаболический ацидоз, гипогликемию. **22. Сразу после рождения температура тела новорожденного:** 1) не изменяется; 2) понижается; 3) повышается. **23. Транзиторная потеря первоначальной массы тела новорожденного составляет:** 1) 5-8%; 2) 10-12%; 3) более 12%. **24. Принципами терапии новорожденных с задержкой внутриутробного развития являются:** 1) коррекция грудного вскармливания; 2) коррекция сердечной деятельности; 3) антибактериальная терапия; 4) инсулинотерапия. **25. Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по АВО-системе используют:** 1) эритроцитарную массу 0(1) и плазму 0(1); 2) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму 0(1); 3) эритроцитарную массу 0(1) и плазму АВ(IV); 4) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму АВ(IV). **26. Вакцинация новорожденного против гепатита В в родильном доме должна проводиться:** 1) в первые 12 часов жизни; 2) на 2 день жизни; 3) на 3 день жизни; 4) на 4 день жизни; 5) при выписке из родильного дома. **27. Гипербилирубинемия с повышением уровня прямого билирубина отмечается при:** 1) гемолитической болезни новорожденных; 2) дефиците альфа-1-антитрипсина, атрезии желчевыводящих ходов, фетальном гепатите; 3) конъюгационной желтухе, обусловленной морфо-функциональной незрелостью. **28. Геморрагическая болезнь новорожденного обусловлена нарушением:** 1) сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза; 2) коагуляционного звена гемостаза.

		29. Клинические признаки классической геморрагической болезни новорожденного обычно появляются на: 1) 1-2-й день жизни; 2) 2-5-й день жизни; 3) 7-10-й день жизни. **30. Для лечения геморрагической болезни новорожденного используют:** 1) свежезамороженную плазму; 2) свежезамороженную плазму и викасол; 3) свежезамороженную плазму, викасол и витамин Е. **31. Время свертывания при геморрагической болезни новорожденного:** 1) не изменяется; 2) укорачивается; 3) удлиняется. **32. Трансплацентарная тромбоцитопеническая пурпура возникает у новорожденного при:** 1) недостаточности образования тромбоцитов; 2) несовместимости крови матери и плода по АВО-системе; 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов; 4) иммунной тромбоцитопенической пурпуре у матери. **33. У новорожденных встречаются следующие варианты иммунных тромбоцитопений:** 1) аутоиммунная; 2) изоиммунная, трансплацентарная. **34. Лечение изоиммунной тромбоцитопенической пурпуры в случае тяжелого течения у новорожденных включает назначение:** 1) стандартного иммуноглобулина для внутривенного введения, переливание тромбоцитарной массы, ангиопротекторов; 2) ингибиторов фибринолиза, гепатопротекторов. **35. Использование кортикостероидов в схеме лечения изоимунной тромбоцитопенической пурпуры целесообразно при уровне тромбоцитов меньше:** 1) 20 х109 /л; 2) 50 х109 /л; 3) 70 х109 /л; 4) использование кортикостероидов нецелесообразно. **36. При лечении перелома ключицы у новорожденных:** 1) применяют гипсовую повязку; 2) применяют повязку Дезо; 3) применяют физиотерапевтические процедуры№ 4) не проводят иммобилизации; 5) применяют антибактериальную терапию. **37. Ведущим синдромом при церебральной ишемии II степени является:** 1) угнетение ЦНС;

		2) возбуждение ЦНС; 3) мышечная дистония; 4) судорожный синдром. **38. При кефалогематоме у новорожденных выявляется:** 1) опухолевидное образование, ограниченное областью отдельных костей черепа, флуктуация при пальпации опухолевидного образования; 2) опухолевидное образование, захватывающее область нескольких костей черепа; 3) гиперемия кожи в области кефалогематомы. **39. Для врожденного гипотиреоза у новорожденного характерны:** 1) экзофтальм, тахикардия, повышенная возбудимость, недостаточная прибавка массы тела; 2) затяжная желтуха, длительно сохраняющийся отечный синдром; 3) низкая масса тела при рождении, повышенный аппетит, большая масса тела при рождении. **40. Для септикопиемической формы сепсиса новорожденных характерно:** 1) наличие гнойных очагов, отсутствие инфекционного токсикоза; 2) выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько вторичных гнойных очагов; 3) выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие метастатических гнойных очагов; 4) выраженный инфекционный токсикоз, один или несколькovторичных гнойных очагов, отсутствие признаков СВО.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует**

		а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-санитарной помощи лежит ____ принцип** а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка

		3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого

		медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Медицинские информационные технологии /5	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Неврология и особенности неврологического статуса ребенка/20	**1. Общее количество цереброспинальной жидкости у новорожденного составляет:** 1)15-20 мл; 2) 35-40 мл; 3) 60-80 мл; 4) 80-100 мл. **2. Спинной мозг новорожденного оканчивается на уровне нижнего края позвонка:** 1) XII грудного;

		2) I поясничного; 3) II поясничного; 4) III поясничного. **3. Наиболее выражен ладонно-ротовой рефлекс у детей в возрасте:** 1) до 2 месяцев; 2) до 3 месяцев; 3) до 4 месяцев; 4) до 1 года. **4. К миелоэнцефальным позотоническим рефлексам относят:** 1) асимметричный тонический шейный; 2) симметричный тонический шейный; 3) тонический лабиринтный; 4) верно 1) и 2); 5) все перечисленные. **5. Геморрагическая сыпь при менингококцемии у детей является следствием:** 1) аллергии; 2) иммунологической реактивности; 3) повреждения сосудов и патологии свертывающей системы крови; 4) всего перечисленного. **6. Для миоклонических гиперкинезов при миоклонус-эпилепсии у детей характерна:** 1) стабильность; 2) колебание интенсивности по дням; 3) колебание интенсивности по месяцам; 4) интенсивность определяется только возрастом. **7. Плече-лопаточно-лицевая форма миопатии (Ландузи - Дежерина) имеет:** 1) аутосомно-доминантный тип наследования; 2) аутосомно-рецессивный тип наследования; 3) аутосомно-рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой тип наследования; 4) аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный тип наследования; 5) тип наследования неизвестен. **8. При невральной амиотрофии Шарко - Мари у детей возникают:** 1) только вялые парезы ног; 2) только вялые парезы рук; 3) вялые парезы рук и ног; 4) только парезы мышц туловища; 5) парез мышц рук, ног и туловища. **9. Поражение нервной системы при наследственных нарушениях обмена у детей преимущественно связано:** 1) с нарушением мозгового кровообращения; 2) с эндокринными нарушениями; 3) с токсическим повреждением нейрона продуктами обмена;

		4) с гипоксией нейрона; 5) с изменением клеточной проницаемости. **10. Сочетание грубой задержки психомоторного развития с гиперкинезами, судорожным синдромом и атрофией зрительных нервов у детей до 2 лет характерно:** 1) для болезни с нарушением аминокислотного обмена; 2) для болезни углеводного обмена; 3) для мукополисахаридоза; 4) для липидозов; 5) для лейкодистрофии. **11. В характеристику болезни Дауна входит все перечисленное, кроме:** 1) лица «клоуна»; 2) олигофрении; 3) нарушения речи; 4) нарушения моторики; 5) пирамидной недостаточности. **12. Большая масса тела при рождении, кушингоидные черты, увеличение размеров сердца, печени, селезенки, микроцефалия (реже гидроцефалия) характерны:** 1) для врожденной краснухи; 2) для тиреотоксической эмбриофетопатии; 3) для диабетической эмбриопатии; 4) для фетального алкогольного синдрома (ФАС). **13. Микседемоподобный синдром с задержкой психического развития отмечается у новорожденных от матерей, страдающих:** 1) гипертиреозом; 2) гипотиреозом; 3) диффузным токсическим зобом; 4) очаговым («островчатым») зобом; 5) струмой. **14. Вторичная микроцефалия у детей развивается:** 1) в пренатальном периоде; 2) только постнатально; 3) в перинатальном периоде и в первые месяцы жизни; 4) в любом возрасте; 5) всегда в возрасте старше 1 года. **15. Избыточная продукция спинно-мозговой жидкости лежит в основе гидроцефалии:** 1) наружной; 2) внутренней; 3) открытой или сообщающейся; 4) гиперпродуктивной; 5) арезорбтивной. **16. В наиболее тяжелых случаях при гидроцефалии у детей развивается:** 1) неврит зрительного нерва; 2) гидроанэнцефалия; 3) пирамидная недостаточность;

		4) дистрофия подкорковых узлов; 5) поражение мозжечка и его связей. **17. В течение перинатальной энцефалопатии выделяют:** 1) острый период; 2) ранний восстановительный период; 3) поздний восстановительный период; 4) все перечисленные периоды. **19. Выраженная мышечная гипотония новорожденных является отражением:** 1) гипоксии головного мозга, незрелости; 2) травмы головного и спинного мозга; 3) повреждения мозга непрямым билирубином; 4) дегенерации передних рогов спинного мозга; 5) возможны все перечисленные причины. **20. В начальном периоде гемолитической болезни у новорожденных применяется:** 1) заменное переливание крови; 2) фототерапия; 3) фенобарбитал; 4) преднизолон; 5) все перечисленное.
7.	Основы акушерства и гинекологии /10	**1. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае:** 1) при поглощенной дозе на плод более 0.1 г; 2) при поглощенной дозе на плод более 0.5 г; 3) при поглощенной дозе на плод более 1 г; 4) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по нормам радиационной безопасности. **2. При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика:** 1) повторное применение препаратов утеротонического действия; 2) экстирпация матки; 3) надвлагалищная ампутация матки; 4) применение простенона в толщу миометрия. **3. Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлена:** 1) размером отслоившейся поверхности плаценты; 2) состоянием системы гемостаза; 3) тяжестью фоновой патологии; 4) всем перечисленным; 5) ничем из перечисленного. **4. При консервативном ведении родов у рожениц с преждевременной непрогрессирующей отслойкой плаценты используются медикаментозные препараты:** 1) спазмолитики;

		2) промедол; 3) окситоцин; 4) партусистен; 5) все перечисленные. **5. При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно:** 1) эксцентричное расположение наружного зева; 2) бочкообразная форма шейки матки; 3) резкий цианоз влагалищной порции шейки матки; 4) все перечисленное; 5) ничего из перечисленного. **6. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено:** 1) на стимуляцию функции яичников; 2) на получение менструальноподобной реакции; 3) на уменьшение выраженности вегето—сосудистых расстройств; 4) на все перечисленное; 5) ни на что из перечисленного. **7. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреоидизма:** 1) безразличие к окружающей обстановке; 2) зябкость; 3) снижение общего тонуса организма; 4) все перечисленные; 5) ничего из перечисленного. **8. Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется:** 1) метилтестостерон; 2) норколут; 3) тестостерон-пропионат; эстрадиол-дипропионат **9. Циклическая секреция ЛГ и ФСГ обеспечивается** 1) выбросом ГнРГ один раз в 60-90 мин.; 2) механизмом отрицательной и положительной обратной связи с половыми гормонами; 3) периодическим увеличением содержания простагландинов в фолликулярной; 4) жидкости; 5) периодическим выбросом нейротрансмиттеров изменением кровотока в портальной системе гипофиза. **10. К гормонально-активным опухолям яичника относят все, кроме:** 1) гранулезоклеточной опухоли; 2) дисгерминомы; 3) тека-клеточной опухоли 4) андробластомы; 5) арренобластомы.
8.	Неотложные состояния в неонатологии /10	**1. Показанием к проведению непрямого массажа сердца при оказании реанимационной помощи новорожденному в родильном зале является, если**

		после ИВЛ 100% кислородом в течение 15-30 сек у ребенка: 1) отсутствует самостоятельное дыхание; 2) дыхание нерегулярное; 3) ЧСС. **2. Кровопотерю у плода и новорожденного могут вызвать:** 1) отслойка плаценты, кесарево сечение, фето-фетальный кровоток; 2) наследственный сфероцитоз; 3) синдром Даймонда-Блекфана. **3. Заподозрить родовую травму шейного отдела позвоночника можно при наличии следующих симптомов:** 1) судороги; 2) резкий плач при перемене положения ребенка, укороченный или удлиненный размер шеи; 3) одышка, вздутие живота. **4. Показаниями для проведения спинно-мозговой пункции у новорожденных являются:** 1) судорожный синдром; 2) быстропрогрессирующий гипертензионно-гидроцефальный синдром; 3) гипертермия неясной этиологии; 4) все вышеперечисленное. **5. К мероприятиям первичной реанимации при мекониальной аспирации с выраженной дыхательной недостаточностью у новорождѐнных относятся:** 1) тактильная стимуляция; 2) интубация трахеи с последующей санацией трахеобронхиального дерева; 3) дача увлажненного кислорода через маску. **6. К мероприятиям первичной реанимации при мекониальной аспирации без выраженной дыхательной недостаточности у новорождѐнных относятся:** 1) тактильная стимуляция; 2) интубация трахеи с последующей санацией трахеобронхиального дерева; 3) дача увлажненного кислорода через маску. **7. Для гипогликемии новорожденных характерно:** 1) тремор рук и подбородка, снижение мышечного тонуса, судороги; 2) вялость, сухая кожа и слизистые, дыхание типа Чейна-Стокса, запах ацетона изо рта; 3) тремор рук и подбородка, запах ацетона изо рта, сухость кожи и слизистых. **8. Реанимационные и лечебные мероприятия у новорожденных с диабетической эмбриофетопатией включают:** 1) отсасывание содержимого из полости рта, оксигенотерапию, введение раствора глюкозы

		внутривенно; 2) введение инсулина; 3) введение антибиотиков. **9. Степень тяжести асфиксии у новорожденных оценивается по шкале:** 1) Апгар; 2) Сильвермана; 3) Дубовица; 4) Дементьевой. **10. При острой кровопотере и развитии шока с централизацией кровообращения у новорожденного ребенка наблюдается все симптомы, кроме ниже перечисленных:** 1) бледность кожных покровов; 2) мраморный рисунок; 3) симптом «бледного пятна»; 4) брадикардия; 5) слабый пульс; 6) тахипноэ.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода.
2. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода; влияние курения и алкоголя на плод; влияние лекарственных препаратов; производственные вредности.
3. Критические периоды развития плода.
4. Внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция. Пути внутриутробного инфицирования плода и новорожденного. Особенности диагностики и клинических проявлений основных видов внутриутробных инфекций. Пути перинатальной профилактики внутриутробной и нозокомиальной инфекции новорожденных. Основные принципы лечения.
5. Роль врача-неонатолога в подготовке к родам. Перинатальный консилиум.
6. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка.
7. Новорожденные группы высокого риска.
8. Особенности иммунитета у новорожденных детей.
9. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.
10. Оценка общего состояния и особенности осмотра недоношенного ребенка.
11. Пограничные состояния, характерные для периода адаптации недоношенных детей.
12. Патология доношенного ребенка. ЗВУР у доношенных и недоношенных детей.
13. Реанимация новорожденных в родильном зале.
14. Неотложные состояния у новорожденных, требующие интенсивной терапии.
15. Мониторинг при неотложных состояниях новорожденных.
16. Организация службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных в ЛПУ.
17. Клиника и диагностика неотложных состояний у новорожденных, требующих хирургического вмешательства.
18. Оценка основных лабораторных и специальных методов исследования при неотложных состояниях у новорожденных.

19. Фармакодинамика лекарственных препаратов, применяемых при неотложных состояниях у новорожденных детей.

20. Основные понятия и расчет перинатальной смертности.

21. Первичный туалет новорожденного, методы обработки пуповины.

22. Вскармливание недоношенных детей. Основные принципы расчета парентерального питания новорожденным детям.

23. Уход за недоношенным ребенком.

24. Использование шкалы Сильвермана и Даунса в неонатологии, критерии оценки.

25. Особенности антибактериальной и инфузионной терапии в периоде новорожденности.

26. Клиника, диагностика и лечение расстройств питания у новорожденных детей.

27. Генетические заболевания. Патология, этиогенез, пренатальная диагностика.

28. Клиника, диагностика и лечение тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний; сепсис.

29. Профилактика и лечение некротического энтероколита.

30. Нарушения водно-солевого обмена у доношенных детей.

31. Клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний почек и мочеполовых систем.

32. Патогенез, клиника, диагностика и лечение патологии эндокринной системы.

33. Клиника, диагностика и лечение патологии органов кроветворения.

34. Патология системы гемостаза.

35. Геморрагические заболевания, анемии, гипотрофия.

36. Профилактика и лечения синдрома дыхательных расстройств.

37. Невоспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки.

38. Внутриутробные инфекции, гнойно-септические заболевания, поражения желудочнокишечного тракта.

39. Нарушения билирубинового обмена; принципы лечения желтух, обусловленных свободной гипербилирубинемией.

40. Патогенез, клиника, диагностика и лечение инфекционных поражений органов дыхания.

41. Клиника, диагностика и лечение заболеваний сердца.

42. Ранняя реабилитация новорожденных

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Проведение расчета объема переливания эритроцитарной массы при острой и хронической кровопотере у новорожденного.

2. Проведение интубации трахеи и техники непрямого массажа сердца на муляже.

3. Проведение катетеризации вены пуповины на муляже.

4. Проведение расчета парентерального питания у недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела.

5. Расчет объема инфузионной терапии, коррекция электролитных нарушений у новорожденного.

6. Принципы расчета кардиотонических препаратов у новорожденных.

7. Использование различных режимов респираторной поддержки у новорожденных.

8. Методики синхронизации новорожденного ребенка с аппаратом ИВЛ при механической вентиляции легких.

9. Принципы подбора эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы при гемолитической болезни по Резус-системе и системе АВО.

10. Основные принципы противосудорожной терапии у новорожденного ребенка.

11. Основные принципы ведения новорожденного с геморрагическим синдромом.

12. Техника проведения люмбальной пункции у новорожденного ребенка.

13. Техника проведения катетеризации мочевого пузыря на муляже.

14. Техника постановки желудочного зонда новорожденному ребенку.

15. Техника проведения плевральной пункции при возникновении у новорожденного ребенка пневматоракса.

16. Тактика врача-неонатолога при возникновении в родильном доме группового инфекционного заболевания.

17. Гипоксически-гипервентиляционный тест – методика проведения, показания.

18. Тест Апта – методика проведения, показания.

19. Техника постановки периферического катетера новорожденному ребенку.

20. Правила расчета и техника проведения операции частичного заменного переливания крови новорожденным с полицитемическим синдромом.

21. Основные принципы коррекции гипогликемии у новорожденного ребенка.

22. Техника проведения, показания и противопоказания к фототерапии у новорожденных с гипербилирубинемией.

23. Правила расчета энтерального питания доношенному новорожденному ребенку.

24. Правила расчета энтерального питания недоношенному новорожденному ребенку.

25. Шкалы клинической оценки новорожденных (Сильвермана, Балларда, Апгар)

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Новорожденный мальчик 1-х суток жизни от женщины 31 года, с неосложненным соматическим анамнезом, от беременности, протекавшей с тяжелым гестозом в Ш триместре, преждевременных родов на 34 неделе гестации в головном предлежании путем операции кесарева сечения в связи с нарастанием гестоза у женщины (рост АД и нарастания протеинурии). Масса тела при рождении 1970 г, рост 43 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Ребенку была произведена санация верхних дыхательных путей и дополнительная оксигенация через маску. При рождении состояние ребенка тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности (тяжесть дыхательных нарушений 7 баллов по шкале Сильвермана) и неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения центральной нервной системы. В возрасте 1 часа жизни было отмечено нарастание дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре – спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденных угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком; дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и надключичных ямок, экспираторные шумы, частота дыхания до 70 в 1 минуту (8 баллов по шкале Сильвермана). При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушивается множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 170 в 1 минуту, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, подвздут, нижний край печени эластичный, выступает на 1см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было. КОС рн 7,25; р СО2 65 мм РТ.ст. рО2 рО2 35 мм РТ.ст; ВЕ -3,0 ммоль/литр.

Вопросы к задаче:

1. Предварительный диагноз:

2. Основной метод лечения данного состояния?

3. Дозы и метод введения сурфактанта.

Задача 2.

Девочка 3 суток жизни поступила в отделение реанимации новорожденных на ИВЛ Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 22 лет, с хроническим пиелонефритом, сальпингоофоритом, от 3 беременности (первые две закончились медицинским абортом). Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, обострения хронического пиелонефрита на 29 неделе беременности, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за 1 неделю до родов. От 1 преждевременных самопроизвольных родов в головном предлежании на 32 неделе беременности. Масса тела при рождении 1750 г, рост 41 см, Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Безводный промежуток 13,5 часов. Околоплодные воды прозрачные. В первые сутки жизни отмечалось прогрессирующее нарастание дыхательной недостаточности, отмечались синдром угнетения безусловно-рефлекторной деятельности и застойное отделяемое по желудочному зонду. При осмотре ребенок в сознании. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Перкуторно отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Аускультативно дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС 158 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 3 мл/кг/час.В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: гемоглобин 190 г/л, эритроциты $5,6x10^{12}$/л, лейкоциты $23x10^{9}$/л, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 16%, эозинофилы 2%, моноциты 8%, тромбоциты $160x10^{9}$/л, СОЭ 3 мм/час. Рентгенологические данные в возрасте 16 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

Вопросы к задаче:

1. Основной диагноз.
2. Назначьте антибактериальную терапию.
3. Дозы применяемых антибиотиков.

Задача 3.

Ребенок 7 суток жизни от женщины 17 лет, соматически здоровой, от 1 беременности, протекавшей с гестозом во 2-м триместре, ФПН. Роды экстренные преждевременные, на 32-33 неделе беременности, оперативные, путем кесарева сечения по поводу прогрессирования ФПН и начавшейся острой гипоксии плода. Был обнаружен истинный узел пуповины. Масса тела при рождении 2000 г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Безводный промежуток 13 часов. Состояние при рождении очень тяжелое за счет дыхательной недостаточности и синдрома угнетения, нарастания симптомов интоксикации. Ребенок интубирован, переведен на ИВЛ с жесткими параметрами. В последующие 5 суток состояние с некоторым улучшением, параметры ИВЛ смягчились. Кормится начал с 3 суток жизни смесью для недоношенных в объеме 5 мл в кормление 7 раз в сутки. На 6 стуки жизни, когда объем кормления достиг 15 мл, появилось застойное отделяемое с зеленью по желудочному зонду в объеме 1/2 кормления, энтеральную нагрузку не отменили. На 7 сутки жизни появилось вздутие живота, примесь зелени и слизи в стуле (после стимуляции, самостоятельного стула не было в течение суток). При пальпации живота некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки, аускультативно – перистальтика снижена. В общем анализе крови на 5 стуки жизни: гемоглобин -167 г/л, лейкоциты $-25,6x10^{9}$/л нейтрофилы сегментоядерные -72%, палочкоядерные -0, метамиелоциты -2%, лимфоциты -12%, моноциты -12%, эозинофилы -2, тромбоциты $-70,0x10^{9}$/л. СОЭ 5 мм/час. В биохимическом анализе крови на 3 сутки жизни: глюкоза 2,1 ммоль/л, на 5 сутки жизни – 15,6 ммоль/л, общий белок 41 г/л,

альбумин 28 г/л, СРБ 19 мг/л, креатинин 100 ммоль/л, мочевина 6,8 ммоль/л, ГГТ 190, ЩФ 180, АСТ 76, АЛТ 201 Ед/л, общий билирубин 105 мкмоль/л, прямой – 59 мкмоль/л, Na 122 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л, прокальцитонин 3. КОС на 7 сутки жизни: РН -7,27, рО2-75 мм рт.ст., рСО2-34 мм рт.ст., ВЕ – - 5,3.На УЗИ органов брюшной полости на 7 сутки жизни – газ в системе воротной вены отсутствует.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Каким состоянием осложнилось течение основного заболевания?
3. Рассчитайте объем энтерального питания в данной ситуации.

Задача 4.

Недоношенный ребенок 34 недель гестации поступил в отд. 2-го этапа выхаживания на 10 сутки жизни из ОИТ с дз: внутриутробная пневмония, состояние после ИВЛ, гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, конъюгационная гипербилирубинемия, ранняя анемия недоношенных, недоношенность 32 недели, ЗВУР 3 ст. Ребенок от женщины 30 лет с первичным бесплодием, 1 бер-сти в результате ЭКО, от 1-ых оперативных родов путем кесарева сечения в связи с прогрессирующей внутриутробной гипоксией плода. При рождении: оценка по шкале Апгар 3/5 баллов, масса тела 910 грамм, состояние тяжелое, за счет нарастания дыхательной недостаточности. Проводилась ИВЛ в родзале. В связи с тяжелым течением РДСН, на ИВЛ ребенок находился в течение 9 дней. Получил лечение: ампициллин, нитромицин, клафоран, амикацин, дицинон, дифлюкан, инфузионная терапия; в возрасте 8 дней жизни переливание эритроцитарной массы в связи с резким снижением гемоглобина до 90 г/л и падением гематокрита <0,3 г/л. Состояние при поступлении на 2 этап выхаживания тяжелое за счет умеренно выраженных симптомов ОДН 1, синдрома угнетения ЦНС, конъюгационной гипербилирубинемии, недоношенности. На осмотр реагирует незначительным нарастанием активности, глаза не открывает, крик тихий, самостоятельно не сосет, срыгивает, тепло удерживает плохо. Кожа иктерична до 2 ст .на бледно-розовом фоне. Отмечается цианоз носогубного треугольника, нарастающий при физической нагрузке, сероватая окраска кожных покровов. Мышечный тонус и двигательная активность снижены, вызываемые рефлексы орального автоматизма быстро истощаются. Зона сухожильных рефлексов уменьшена, большой родничок не напряжен. Дыхание с западением мечевидного отростка и втяжением межреберных промежутков, при аускультации ослаблено, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, во 2 и 3 точках ауск. выслушивается грубый систолич. шум, проводящийся на спину. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 0,5 см. Мочится, стул желто/зеленый, кашицеобразный. В клин. анализе крови на 10 сутки жизни гемоглобин 120 г/л, лейкоциты 17,6 х 10^9/мл, палочки 9%, сегменты 48%, лимфоциты 31%, эозинофилы 1%, моноциты 11%, СОЭ 5 мм/ч. В б/х крови белок 45г/л, альбумин 29г/л, билирубин общий 157 мкмоль/л, непрямой 112 мкмоль/л, мочевина 4 ммоль/л. На рентгенограмме грудной клетки снижение воздушности легочной ткани, усиление легочного рисунка, очаговые инфильтративные тени определяются в нижних долях легких. На НСГ отмечаются признаки морфофункциональной незрелости. Повышение эхогенности в области таламо-каудальной вырезки слева, повышение эхо-генности перивентрикулярных областей, расширение левого желудочка до 6 мм, правого до7 мм, в полости боковых желудочков определяются участки повышенной эхогенности размером 0,1х1 см.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предположительный диагноз, обуславливающий основную тяжесть состояния:
2. Каковы причины синдрома угнетения ЦНС в данной ситуации?

3. Какие антибактериальные препараты Вы назначите на смену проводимой на данный момент антибактериальной терапии?

Задача 5.

В отделение второго этапа выхаживания из родильного дома поступила девочка 72 часов жизни. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 32 лет (группа крови ОВ, резус-положительная), с отягощенным соматическим (бронхиальная астма) и гинекологическим (эндометрит) анамнезом, от 3 беременности (1 срочные роды, 2 самопроизвольное прерывание на сроке 14 недель), 2-х преждевременных самостоятельных родов на 32 неделе гестации. Массо-ростовые показатели при рождении 980г/36 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние при рождении тяжелое за счет выраженных симптомов угнетения ЦНС. К концу первого часа жизни состояние ребенка ухудшилось за счет нарастания признаков дыхательной недост-ти, появления судорожного синдрома, в связи с чем был переведен в отделение реанимации. В клин. анализе крови на 1 сутки жизни гемоглобин 190 г/л, лейкоциты 4,3х10^3/мл, п/я 11%, с/я 72%, лимфоциты 11%, СОЭ 4мм/час. Посевы из зева, носа и интубационной трубки в работе. На рентгенограмме грудной клетки снижение воздушности легочной ткани, диффузное снижение прозрачности легочной ткани, «симптом белых легких», воздушная бронхограмма. При поступлении в отделение реанимации состояние ребенка очень тяжелое. На осмотр реагирует незначительным нарастанием активности, глаза не открывает, крик тихий, самостоятельно не сосет, срыгивает, потеря массы составила 23%, тепло удерживает плохо. Кожа иктерична до 2 ст. на бледно-розовом фоне. Отмечается выраженный акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, нарастающий при физической нагрузке. Мышечный тонус и двигательная активность снижены, вызываемы рефлексы орального автоматизма быстро истощаются. Зона сухожильных рефлексов уменьшена, большой родничок не напряжен. Дыхание с западением мечевидного отростка и втяжением межреберных промежутков, при аускультации резко ослаблено, большое количество крепитирующих хрипов по все поверхности легких. Тоны сердца приглушены, во 2 и 3 точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на спину. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка на 1 см. Мочится, стул мекониальный. В клиническом анализе крови на 3 сутки жизни гемоглобин 190 г/л, лейкоциты 15,63х10^9/мл, метамиелоциты 2%, палочек 12%, сегментов 65%, лимфоцитов 9%, моноцитов 11%, СОЭ 5 мм/ч. В биохимическом анализе крови белок 45г/л, альбумин 29г/л, билирубин общий 208 мкмоль/л, непрямой – 205 мкмоль/л, мочевина 12 ммоль/л. На рентгенограмме грудной клетки снижение воздушности легочной ткани, усиление легочного рисунка, мелкоочаговые инфильтративные тени по всей поверхности легких, кардиоторакальный индекс 72%. На НСГ отмечаются признаки морфофункциональной незрелости. Диффузное повышение эхогенности перивентрикулярной области, расширение боковых желудочков.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предположительный основной диагноз.
2. С чем связано наличие систолического шума?
3. Есть ли необходимость назначения АБ терапии в данной ситуации?

Задача 6.

Мальчик 17 суток жизни, от женщины 36 лет, соматически здоровой, носителя ВПГ-2, от 4 беременности (1 срочные роды, девочка 3200 г, здорова, 2 - м/а, 3 самопроизвольный выкидыш на сроке 12 недель), протекавшей без осложнений (со слов матери, так как на учете в период беременности она не состояла). Роды на сроке 36 недель, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Плацента с участками кальцинатов. Масса тела при рождении 2120 г, рост 43,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. Желтуха с

первых суток жизни. Печень + 3,0 из-под края реберной дуги, селезенка +0,7 см из-под края реберной дуги. Однократно в I сутки жизни эпизод атипичных судорог, купировавшийся самостоятельно. В динамике отмечалось незначительная положительная динамика. Весовая кривая монотонная. На 2 сутки жизни появился подъем температуры до 37,9^{0}С, расхождение черепных швов до 0,3 мм. Усугубилась мышечная гипотония и гипорефлексия, появились срыгивания, симптом «Грефе». На 3 сутки жизни развился приступ генерализованных клонико-тонических судорог, появилась кровоточивость из мест инъекций. Анализ спинномозговой жидкости на 3 сутки жизни: слегка мутноватая, сахар 2,4 ммоль/л, белок 1 ,8 г/л, цитоз 300 (75 % лимфоцитов).

Вопросы к задаче:

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимый дополнительный метод исследования.
3. Предполагаемая этиотропная терапия.

Задача 7.

Ребенок 8 суток жизни, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность. Ребенок от 3 бер, протекавшей с нефропатией в 3 триместре, кольпитом. 1-я бер-сть – срочные роды, 2-я – самопроизвольный выкидыш. Роды вторые, преждевременные на 36 неделе гестации путем кесарева сечения, в связи с первичной слабостью родовой деятельности. Безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2550, длина тела 46 см. Оценка по Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4 день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы составила 260 грамм, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток удален на 2 день, пупочная ранка мокла, на 7 день появилось гнойное отделяемое, в связи с чем ребенок был переведен на второй этап выхаживания. При поступлении состояние крайней тяжести, крик резкий, болезненный. Двигательная активность резко снижена, не сосет самостоятельно. Отмечается выраженное угнетение безусловно-рефлекторной деятельности, крупно-размашистый тремор, не исчезающий при тактильной стимуляции, некоторое повышение тонуса затылочных мышц. Симптом Лессажа отрицательный. Большой родничок напряжен, 3,0х3,0. При кормлении через зонд обильно срыгивает. Температура 38,6^{0}С, Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз, петехиальные кровоизлияния в области предплечий, внутренней поверхности бедер, по «границе памперса». Края пупочной ранки отечны, гиперемированы, из ранки скудное гнойное отделяемое, кровоточит. Подкожно-жировой слой развит слабо, на ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, длительные эпизоды апноэ более 15 секунд. Аускультативно дыхание ослаблено, хрипы не аускультируются. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 176 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный, с примесью слизи. Мочится редко. В общем анализе крови: Нв 140 г/л, Эр — 3,8х10^{12}, Ц.п. – 0,9, тромбоциты – 60х10^9/л, лейкоциты 5,lх10^9/л, миелоциты 4%, метамиелоциты 18%, п/я нейтрофилы 21%, с/я нейтрофилы 21%, лимфоциты 18%, моноциты 19%, СОЭ 6 мм/час. Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность мутная, белок – 3,5 г/л, цитоз 4980 в мкл3, нейтрофилы 79%, лимфоциты 18%, макрофаги 3%, глюкоза1,8 ммоль/л.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Рекомендуемая схема антибактериальной терапии
3. Назовите дозы АБ, используемые в основной и эмпирической схеме в данной ситуации.

Задача 8.

Девочка И. родилась на 32 неделе гестации с массой 970 грамм, оценка по Апгар 4/6 баллов, окружность головы 32, груди 30 см. При рождении состояние тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности и выраженного синдрома угнетения ЦНС, в связи с чем ребенок поступил в отделение реанимации. Потребность в ИВЛ сохранялась в течение 9 суток жизни, на 2 сутки жизни отмечались однократные тонические судороги. На 1 сутки жизни с диагнозом СДР 1 типа, внутриутробная пневмония, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, недоношенность, задержка внутриутробного развития 2 степени ребенок переведен в отделение второго этапа выхаживания. На фоне проводимого лечения (антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, коррекция метаболических и электролитных нарушений, иммунокорректоры, глюкокортикоиды (5 дней), пробиотики, противогрибковые препараты (пимафуцин), посиндромная терапия) состояние ребенка улучшилось. Прибавка в весе составила 140 грамм за месяц. Симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности не отмечалось, в анализах крови воспалительных изменений не было, в связи с чем в возрасте месяца и 5 дней была отменена антибактериальная терапия. Через 7 дней после отмены антибиотиков отмечалось ухудшение состояния: плохая прибавка массы тела, появление оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные движения, высовывание языка). При осмотре: состояние тяжелое, кормится через зонд, срыгивает. Вес 1100 грамм, окружность головы 38 см, груди – 31 см. Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипы не аускультируются. ЧД 42 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 130 в минуту. Живот мягкий, подвздут, печень +3 см, селезенка +1 см из-под края реберной дуги. Стул желтый, кашицеобразный 2 раза в день, диурез не изменен. Общий анализ крови: Нв 112 г/л, эритроциты 3,5 $x10^{12}$/л, Ц.п - 0,89, лейк. 10,3$x10^{9}$/л, п/я 2%, с/я 33%, э-3%, л-52%, м 10%, СОЭ 5 мм/час. Общий анализ мочи: прозрачность мутная, лейкоциты 10-12 в п/з, белок-следы, глюкоза отсутствует, мицелии грибов рода candida. Ликвор: мутный, опалесцирующий, цитоз 400/3, нейтрофилы-16%, лимфоциты-62%, моноциты-22%, белок 2,08 г/л. Посев ликвора на стандартные питательные среды: стерильный.

Вопросы к задаче:

1. Поставьте основной диагноз.
2. Назначьте этиотропную терапию.
3. Как назначается выбранный Вами препарат?

Задача 9.

Ребенок 10 суток жизни, от женщины 23 лет, страдающей хроническим пиелонефритом, вазомоторным ринитом, от 1 беременности, протекавшей с обострением вазомоторного ринита в 1 триместре и пиелонефрита в 3, осложнившейся нефропатией в 3 триместре (отеки). Роды преждевременные на 32 неделе беременности, самопроизвольные, в тазовом предлежании. Гипоплазия плаценты. Масса тела при рождении 1730 г, рост 41 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики. Интубирован в родильном зале, начата ИВЛ. Катетеризована пупочная вена, проводилась инфузионная и анитбактериальная терапия. На фоне проводимой терапии состояние с улучшением, на 4 сутки жизни ребенок экстубирован и переведен на назальный СРАР, на 5 сутки оксигенировался в кислородной палатке, дыхательная недостаточность не нарастала. На 6 сутки жизни осмотре состояние тяжелое, оксигенируется через кислородную маску. Дыхание пуэрильное, ЧД 46 в минуту, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 168 в минуту, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, печень + 3 см, селезенка + 0,5 см. Пупочная ранка со скудным серозно-гнойным отделяемым, вокруг небольшой гиперемированный валик. На 7 сутки жизни появилось обильное гнойное отделяемое из

пупочной ранки, увеличилась зона гиперемии и отека вокруг. На 9 сутки жизни состояние ухудшилось: температура 35,7^{0}С, наросла гепатоспленомегалия и кровоточивость из мест инъекций и пупочной ранки. В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, эритроциты 5,3х10^{12}/л, лейкоциты 4,2х10^9/л, сегментоядерные нейтрофилы 52%, палочкоядерные нейтрофилы 8%, миелоциты 4%, лимфоциты 26%, эозинофилы 0%, моноциты 10%, тромбоциты 80х10^9/л, СОЭ 2 мм/час. В биохимическом анализе крови на 10 сутки жизни – общий белок 41 г/л, альбумин 30 г/л, креатинин 70 ммоль/л, мочевина 6,8 ммоль/л, СРБ 60 мг/л, глюкоза 12,3 ммоль/л, ГГТ 150 Е/л, ЩФ 120 Е/л, билирубин общий 78 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АСТ 42 Е/л, АЛТ 37 Е/л, Na 134 ммоль/л, К 6,6 ммоль/л, прокальцитонин 34 нг/мл. Из крови и отделяемого пупочной ранки высеялся Энтерококус фациалис, чувствительный к ванкомицину.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Рекомендуемая схема антибактериальной терапии.
3. Какой альтернативный ванкомицину препарат может быть использован?

Задача 10.

Ребенок 3 суток жизни, от женщины 18 лет, страдающей хроническим тонзиллитом, от 1 беременности. За период беременности имели место повторные обострения хронического тонзиллита, протекавшие с подъемом температуры выше 38^{0}С. Последнее обострение с эпизодом лихорадки за 7 дней до родов. Роды на 36 неделе, в головном предлежании. 1 период – 10 часов, 2 – 30 мин, безводный промежуток 15 часов. Воды мутные, с запахом, оболочки тусклые. Масса тела при рождении 2500 г, рост 45 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет выраженных симптомов угнетения ЦНС и дыхательной недостаточности. На осмотр реагирует вяло, стонущее дыхание. Безусловные рефлексы новорожденного угнетены. Выраженная мышечная гипотония. На первые сутки жизни отмечен однократный подъем температуры до 38,3^{0}С. На вторые сутки жизни появились срыгивания «кофейной гущей» и кровоточивость из мест инъекций. На 3 сутки отмечалась гипотермия до 35,5^{0}С. Кожные покровы субиктеричные, на сероватом фоне, акроцианоз, мраморность, пастозность мягких тканей лица, поясницы, голеней, мелкоточечные петехиальные кровоизлияния на коже живота. Частота дыхания до 60', аускультативно – ослаблено, множественные крепитирующие хрипы по задней поверхности легких. Сердечные тоны приглушенные, ЧСС до 180'. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 3,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка – на 1 см. Пупочная ранка под корочкой, края не гиперемированы, не отечны. Стул непереваренный со слизью. Правая подключичная вена катетеризирована, статус локалис без патологических изменений. Диурез 0,8 мл/кг/час. В клиническом анализе крови на 3 сутки жизни: гемоглобин 170 г/л, эритроциты 4,9х10^{12}/л, лейкоциты 6,5х10^9/л, палочкоядерные нейтрофилы 18%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, лимфоциты 20% эозинофилы 0%, моноциты 6%, тромбоциты 60х10^9/л, СОЭ 2 мм/час. В биохимическом анализе крови на 3 сутки жизни: общий белок 39 г/л, альбумин 27 г/л, СРБ 90 мг/л, креатинин 140 ммоль/л, мочевина 9,8 ммоль/л, глюкоза 8,6 ммоль/л, АСТ 44 Е/л, АЛТ 48 Е/л, билирубин общий 156 мкмоль/л, прямой 7,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 7,2 ммоль/л, прокальцитонин 19 нг/мл. Рентгенограмма: усиление бронхо-сосудистого рисунка, очаговоинфильтративные тени в нижних долях обоих легких.

Вопросы к задаче:

1. Основной диагноз.
2. Назовите форму текущего процесса.
3. Рекомендуемые антибактериальные препараты, необходимые в данной ситуации.

Задача 11.

Мальчик 4 дней жизни находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, лечения не проводилось. Роды срочные с длительным безводным промежутком 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкалы Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечалась вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, навязчивые движения языка, гипорефлексия, гипотония. На 2-й день жизни отмечался подъем температуры до 39^0 С, возбужден, срыгивание фонтаном. При поступлении состояние тяжелое, температура $39,0^0$ С, крик мозговой, положительный симптом Лессажа. Кожные покровы с сероватым оттенком, дыхание в легких ослабленное, хрипов нет. ЧСС – 160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у края реберной дуги. Стул желтого цвета, с непереваренными комочками и прожилками слизи. Исследования спинномозговой жидкости: белок – 2,5 г/л, реакция Панди +++, цитоз 1300 в 3 мкл: нетрофилы – 70%, лимфоциты – 30%. Бактериологическое исследование – материалы в работе.

Вопросы к задаче:

1. Предварительный диагноз.
2. Ваши предложения по необходимости антибактериальной терапии и дозах антибактериальных препаратов.
3. Назовите необходимые дозы предложенных антибиотиков.

Задача 12.

Ребенок 1 суток жизни, от женщины 33 лет, страдающей ожирением, от 2 беременности (1 закончилась срочными родами, мальчик 4100 г), протекавшей с проявлениями гестационного сахарного диабета, по поводу которого мать получала инсулинотерапию, однако, диету она не соблюдала, инъекции делала не регулярно, уровень глюкозы не мониторировала, так как не считала себя больной. От 2 преждевременных самопроизвольных родов на сроке 36 недель гестации в головном предлежании. Гиперплазия плаценты. Масса тела при рождении 3800 г, рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении состояние средней тяжести за счет синдрома угнетения ЦНС. Лицо лунообразное, короткая шея, кожа чистая, лануго. Подкожножировой слой развит избыточно, распределен с преобладанием в верхней части тела. Дыхание ослабленное, хрипов нет. Границы сердца расширены вправо на 0,5 см, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Через 1 час после рождения стал еще более вялым, развилась мышечная гипотония, ионические судороги. В клиническом анализе крови на 1 сутки жизни: НЬ 235 г/л, Эр $6,3x10^{12}$/л, лейкоциты $13,4x10^9$/л, сегментоядерные нейтрофилы 61%, палочкоядерные нейтрофилы 3 %, лимфоциты 28%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты $190x\ 10^9$/л, СОЭ 3 мм/час. В биохимичнском анализе крови в 1 час жизни: общий белок 47 г/л, альбумин 29 г/л, СРБ 6 мг/л, креатинин 80 ммоль/л, мочевина 4,9 ммоль/л, глюкоза 0,7ммоль/л, АСТ 16 Е/л, АЛТ 21 Е/л, билирубин общий 26 мкмоль/л, прямой 2,7 мкмоль/л, Na 135 ммоль/л, К 6,2 ммоль/л, кальций ионизированный 0,9 ммоль/л.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. С чем связано развитие данного состояния?
3. Ваша терапевтическая тактика.

Задача 13.

Недоношенный мальчик, 2 из двойни, от женщины 39 лет, страдающей ожирением и синдромом поликистозных яичников, бесплодие 14 лет, от 1 беременности, 3 попытки ЭКО (2 первые попытки закончились неудачей), от преждевременных (на 28 неделе гестации) самопроизвольных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении 890 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения очень тяжелое за счет неврологической симптоматики. В первые часы жизни отмечалось кратковременное двигательное возбуждение, сменившееся в динамике прогрессирующим угнетением церебральной активности: появилось глубокое апноэ, отмечались тонические судороги, появилась поза «опистотонуса», «блуждающий взгляд». Отмечалось прогрессивное снижение АД, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, тепло не удерживал, на осмотр не реагировал. Кожные покровы цианотичные с мраморным рисунком. В результате проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой: купировался судорожный синдром, стабилизировалась сердечно-легочная деятельность, несколько наросла церебральная активность. Однако, в течение 2-х последующих недель появилось прогрессивное увеличение окружности головы. В клиническом анализе крови при рождении НЬ 160 г/л, эритроциты 4,5 х 10^{12}/л, лейкоциты 11х10^{9}/л, с/я нейтрофилы 63%, п/я нейтрофилы 4%, лимфоциты 25%, эозинофилы 2%, моноциты 6%, тромбоциты 160х10^{9}/л, СОЭ 3 мм/час; через 12 часов после рождения – Hb140 г/л, эритроциты 3,9 х10^{12}/л, лейкоциты 9х10^{9}/л, тромбоциты 150х10^{9}/л, СОЭ 4 мм/час. КОС: РН - 6,96, рО2 - 25 мм рт. ст., рСО2 - 78 мм рт. ст., ВЕ – -9, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе достигло 100%, сатурация 69, уровень лактата 3,2, глюкозы 2,3, ионизированного кальция 0,75. На НСГ на 1 сутки: неоднородно повышена эхогенность перивентрикулярных зон. В динамике через 14 дней: ветрикуломегалия, стенки боковых желудочков подчеркнуты, в просвете – тромбы.

Вопросы к задаче:

1. Предварительный диагноз.
2. Какое осложнение основного заболевания наиболее вероятно у данного ребенка?
3. Дополнительные методы обследования, которые Вы проведете в первую очередь.

Задача 14.

Недоношенная девочка 3 суток жизни, от женщины 24 лет, соматически здоровой, от 3 беременности (1 – мертворождение на сроке 26 недель, 2 – замершая беременность на сроке 1 1 недель), протекавшей с мононуклеозоподобным заболеванием во 2 триместре. В 20 недель положительная ПЦР к вирусу ЦМВИ, АТ к нему не было, в 24 недели – низкоавидные lgG в титре 1:40. Роды на сроке 35 недель гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении 2030 г, рост 44,5 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет угнетения нервно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей экхимозы. С первых суток жизни отмечалась гепатоспленомегалия, желтуха, петехиальная сыпь. На 3 сутки жизни у ребенка развился приступ фокальных судорог.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 160 г/л, эритроциты 4,6х10^{12}/л, лейкоциты 18х10^{9}/л, сегментоядерные нейтрофилы 27%, палочкоядерные нейтрофилы 5%, лимфоциты 56%, эозинофилы 3%, моноциты 9%, тромбоциты 120х 10^{9}/л. СОЭ 4 мм/час.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести в первую очередь?
3. Назовите препарат выбора при данном заболевании у новорожденных?

Задача 15.

У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34 неделе гестации с массой тела 2270 грамм, ростом 44 см наросли вялость, мышечная гипотония. Потеря в массе за сутки

составила 40 грамм, однократно отмечалась рвота «кофейной гущей». При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание с западением мечевидного отростка, «парадоксальное». Частота дыхания 75 в минуту. Аускультативно дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы над всей аускультируемой поверхностью. Тоны сердца приглушены, ритмичны, дующий систолический шум с пунктум максимум во 2 и 3 точках аускультации. ЧСС 160 в минуту. Живот вздут, перистальтика снижена. Печень +3,0 из-под края реберной дуги, селезенка +1,0. Стул после стимуляции с примесью зелени и слизи. Взор плавающий, горизонтальный нистагм. Не сосет самостоятельно. Отмечается вынужденное положение головы с отклонением назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Большой родничок 2,5х2,5, не напряжен. Общий анализ крови: Нв 150г/л, лейкоциты 25,1х10^9/л, миелоциты 6%, п/я 17%, сегменты 50%. Лимфоциты 17%, моноциты 4%, СОЭ 25 мм/час. Общий анализ мочи: белок 0,66%, лейкоциты – сплошь все поля зрения. Посев на флору: из зева и ануса густой рост золотистого стафилококка. Рентгенограмма грудной клетки: на фоне общей гиперинфляции легочной ткани определяются усиление легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевидные тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С чем связано появление петехиальной сыпи?
3. Предполагаемая схема антибактериальной терапии.