

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России)
ФАКУЛЬТЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

«ОДОБРЕНО»

Председатель цикловой методической
комиссии факультета дополнительного
профессионального образования
д. м. н., профессор Харитонов Л. А.

«24» ноября 2021 г.

Протокол заседания цикловой методической
комиссии ФДПО от «24» ноября 2021 г. № 4

«УТВЕРЖДАЮ»

Декан факультета дополнительного
профессионального образования
д. м. н., профессор Сергеенко Е. Ю.

«24» ноября 2021 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Неонатология»**

По специальности: «Неонатология»

Трудоемкость: 144 часа

Форма обучения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Москва, 2021

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Неонатология» обсуждена и одобрена на заседании кафедры неонатологии факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 257 от 15 октября 2021 г.

Заведующая кафедрой неонатологии ФДПО М.В. Дегтярева

_____ *подпись*

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Жогин С.И. – заместитель главного врача по медицинской части в неонатологии ГБУЗ ГКБ №24, филиал «Перинатальный центр» Департамента здравоохранения города Москвы.

Жогин С.И. _____

2. Думова С.В. – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

Думова С.В. _____

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Неонатология» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры неонатологии факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заведующая кафедрой – д.м.н., профессор М.В. Дегтярева.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Дегтярева Марина Васильевна	д.м.н., профессор	Зав. кафедрой неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2.	Медведев Михаил Иванович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
3.	Дегтярева Мария Григорьевна	д.м.н., профессор РАН	Профессор кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
4.	Рогаткин Сергей Олегович	д.м.н., доцент	Профессор кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
5.	Горбунов Александр Валерьевич	д.м.н.	Профессор кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
6.	Асмолова Галина Анатольевна	к.м.н.	Доцент кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
7.	Гребенникова Ольга Вячеславовна	к.м.н.	Доцент кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
8.	Воронцова Юлия Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
9.	Сигова Юлия Александровна		Ассистент кафедры неонатологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;
ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт
ПС - профессиональный стандарт
ОТФ - обобщенная трудовая функция
ТФ - трудовая функция
ПК - профессиональная компетенция
ЛЗ - лекционные занятия
СЗ - семинарские занятия
ПЗ - практические занятия
СР - самостоятельная работа
ОСК – обучающий симуляционный курс
ДОТ - дистанционные образовательные технологии
ЭО - электронное обучение
ПА - промежуточная аттестация
ИА - итоговая аттестация
УП - учебный план
АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования
ГВ- гестационный возраст
ПМВ -постменструальный возраст
ИВЛ -искусственная вентиляция легких
НС - неонатальные судороги
ОНМТ -очень низкая масса тела при рождении
ОРИТ -отделение реанимации и интенсивной терапии
ПМР – психомоторное развитие
ЦНС – центральная нервная система
ЭНМТ –экстремально низкая масса тела при рождении
ЭЭГ – электроэнцефалография
аЭЭГ – амплитудно-интегрированная электроэнцефалография
ВПС – врожденные пороки сердца

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

1. Общая характеристика Программы

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы
- 1.2. Категории обучающихся
- 1.3. Цель реализации программы
- 1.4. Планируемые результаты обучения

2. Содержание Программы

- 2.1. Учебный план
- 2.2. Календарный учебный график
- 2.3. Рабочие программы модулей
- 2.4. Оценка качества освоения программы
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы
- 2.5. Оценочные материалы

3. Организационно-педагогические условия Программы

- 3.1. Материально-технические условия
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение
- 3.3. Кадровые условия
- 3.4. Организация образовательного процесса

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Нормативно-правовая основа разработки Программы

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76;
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Профессиональный стандарт «Врач-неонатолог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 14 марта 2018г. N 136н, регистрационный номер 1105).
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 11 декабря 2019 г. № 2873.

1.2 Категории обучающихся

Врачи по специальности «Неонатология».

К лицам, поступающим на обучение по Программе, предъявляются следующие требования:

- высшее образование – специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия";
- подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности "Неонатология";
- профессиональная переподготовка по специальности "Неонатология" при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: "Анестезиология-реаниматология", "Педиатрия"

1.3 Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций врачей необходимых для эффективной профессиональной деятельности по специальности «Неонатология» в рамках имеющейся квалификации для обеспечения соответствия меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды.

Вид профессиональной деятельности: определение у новорожденных пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм, требующих проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в рамках: оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям по профилю «неонатология»; уровень квалификации 8.

Связь Программы с Профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт: Врач-неонатолог		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям по профилю «неонатология»	А/01.8	Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)
	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза
	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей
	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	А/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	А/06.8	Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

В результате освоения программы обучающийся совершенствует следующие ПК:

ПК	Описание компетенции	Код ТФ ПС
ПК-1	готовность к применению современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи новорожденным, включая глубоконедоношенных детей с очень низкой/ экстремально низкой массой тела (ОНМТ/ЭНМТ) при рождении, и оценке их эффективности.	А/01.8, А/03.8 А/05.8 А/06.8

	должен знать: законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; медицинская деонтология; современные направления развития перинатальной медицины; основные российские и международные нормативно-правовые акты по вопросам охраны здоровья матери и ребенка; правовые вопросы в перинатологии и неонатологии; нормативы в соответствии с приказами МЗ РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы по оказанию помощи новорожденным детям, в том числе первичной и реанимационной помощи новорожденным детям различного гестационного возраста, в том числе с ОНМТ/ЭНМТ при рождении, в родильном зале;	
	должен уметь: использовать современные технологии при организации обследования и диспансерного наблюдения новорожденных детей, в том числе, с перинатальной патологией;	
	должен владеть: методикой физикального обследования больного новорожденного ребёнка, в том числе, глубоконедоношенного с ОНМТ/ЭНМТ при рождении, критериями оценки тяжести состояния при различных заболеваниях неонатального периода, всеми практическими навыками, умениями врача-неонатолога;	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за новорожденными детьми различного гестационного возраста и детьми первого года жизни	A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8
	должен знать: организацию скрининга на наследственные заболевания (неонатальный скрининг), методику аудиологического скрининга и скрининга врожденных пороков сердца (ВПС); современные методы поддержки и пропаганды грудного вскармливания, показания и противопоказания к вакцинации, национальный календарь прививок; принципы диспансерного и катamnестического наблюдения за новорожденными детьми с различными видами патологий, в том числе с перинатальным поражением центральной нервной системы, а также за детьми раннего возраста, перенесшими перинатальную гипоксию;	
	должен уметь: организовать и принять участие в проведении профилактических медицинских осмотров и	

	диспансеризации новорожденных и детей первых месяцев жизни; организовать скрининг-обследования детей по базовой и расширенной программе в стационарных и амбулаторных условиях; планировать и контролировать эффективность реабилитационных мероприятий; руководить лечебно-диагностической работой; проводить катамнестическое наблюдение за детьми с осложненным течением неонатального периода, страдающими различной перинатальной патологией, в том числе сочетанной, включая перинатальные поражения ЦНС; грамотно вести текущую и отчетную медицинскую документацию. должен владеть: методикой физикального обследования здорового новорожденного ребёнка и ребенка первых месяцев жизни, оценки соматического и неврологического статуса, физического и нервно-психического развития с учетом гестационного возраста при рождении	
ПК-3	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья новорожденных детей должен знать: современные направления развития перинатальной медицины; основные российские и международные нормативно-правовые акты по вопросам охраны здоровья матери и ребенка; тенденции состояния здоровья новорожденных и детей раннего возраста в Российской Федерации; принципы организации перинатальной и неонатологической медицинской помощи; влияние патологических состояний и заболеваний матери на плод и новорожденного ребенка;	A/04.8 A/05.8
ПК-4	готовность к определению у новорожденных различного гестационного возраста, включая глубоко недоношенных детей, патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем должен знать основы анатомии и физиологии человека; основы общей патологии человека; основы и клиническое значение лабораторной диагностики заболеваний; современные методы базовой помощи новорожденным, элементы топографической анатомии, нормальную и патологическую физиологию новорожденных детей,	A/01.8 A/02.8 A/06.8

	включая особенности детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела; клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику нарушений и заболеваний, характерных для перинатального периода, методы их лечения и профилактики; должен уметь: соблюдать правила врачебной этики и деонтологии в учреждениях неонатологического профиля, при общении с родственниками/опекунами ребенка; оценивать данные клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования в неонатологии и перинатальной неврологии; проводить дифференциальную диагностику и формулировать окончательный клинический диагноз заболевания в соответствии с современными требованиями и Международной классификацией болезней; должен владеть: методикой оценки неврологического статуса у новорожденных различного срока гестации; методикой оценки рентгенограмм грудной и брюшной полости, костей черепа и скелета у новорожденных детей различного срока гестации; методикой интерпретации результатов нейросонографии, ультразвуковых методов исследования у новорожденных детей различного срока гестации; методикой интерпретации результатов различных лабораторных исследований в неонатологии (гематологических, биохимических, микробиологических, иммунологических и т.д.); техникой оценки состояния тазобедренных суставов и диагностики врожденного вывиха тазобедренного сустава у новорожденного ребенка.	
ПК-5	готовность к назначению больным новорожденным детям, нуждающимся в оказании специализированной, в том числе экстренной и неотложной медицинской помощи, адекватного лечения в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлению алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии должен знать: принципы рациональной фармакотерапии; клиническое и фармакологическое обоснование использования лекарственных средств, применяемых при лечении новорожденных детей; современные методы интенсивной терапии при различных заболеваниях и критических состояниях в неонатологии; должен уметь: применять современные методы	A/01.8, A/02.8 A/04.8 A/06.8

	этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии новорожденных детей различного гестационного возраста, в том числе с поражением центральной нервной системы (ЦНС);	
	должен владеть: техникой подготовки к выполнению манипуляций в стерильных условиях (надевание стерильного халата, перчаток и пр.); методиками оценки состояния детей различного срока гестации при рождении и планированием соответствующего объема первичной и реанимационной помощи в родильном зале; методикой первичной помощи здоровому новорожденному ребенку в родильном зале; техникой санации полости рта и носа, а также трахеобронхиального дерева новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения респираторной терапии с помощью диффузной подачи кислородно-воздушной смеси свободным потоком новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения респираторной терапии и принудительной вентиляции легких с помощью саморасправляющегося мешка новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения респираторной терапии и принудительной вентиляции легких с помощью реанимационного устройства с Т-образным коннектором новорожденным детям различного срока гестации; методикой оценки адекватности и корректности проведения принудительной вентиляции легких новорожденному ребенку в родильном зале; методикой подбора процента кислорода в воздушно-кислородной смеси при проведении респираторной терапии новорожденному ребенку в родильном зале под контролем пульсоксиметрии; техникой проведения прямой ларингоскопии новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения интубации трахеи новорожденным детям различного срока гестации; методиками эндотрахеального введения препаратов сурфактанта в родильном зале недоношенным детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, в том числе малоинвазивное введение препаратов сурфактанта; техникой введения ларингеальной маски новорожденным детям при невозможности интубации трахеи; методикой проведения непрямого массажа сердца новорожденным детям	

	различного срока гестации; методиками проведения ИВЛ респираторами с независимой регулировкой давления, потока, времени вдоха и выдоха; техникой проведения дыхательной терапии с созданием постоянного положительного давления в конце выдоха через носовые канюли и через интубационную трубку (CPAP); техникой чрескожной пункции и катетеризации периферических вен; техникой транскутанной постановки центрального катетера через периферические вены; катетеризацией вены и артерий пуповины в родильном зале; методикой восполнения объема циркулирующей крови новорожденным детям в родильном зале; техникой внутривенного и эндотрахеального введения адреналина новорожденным детям в родильном зале; техникой забора капиллярной и венозной крови у новорожденных детей на исследования; техникой катетеризации мочевого пузыря у новорожденных детей; техникой зондирования пищевода и желудка; техникой проведения очистительной и сифонной клизмы, введения газоотводной трубки новорожденным детям различного гестационного возраста; методикой проведения схем фототерапии у новорожденных детей различного срока гестации; операцией заменного переливания крови новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения люмбальной пункции новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения внутрижелудочковой пункции новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения торакоцентеза новорожденным детям различного срока гестации; техникой проведения постоянного активного дренажа плевральной полости у новорожденных детей различного срока гестации; техникой проведения лапароцентеза у новорожденных детей различного срока гестации; техникой проведения ЭКГ и расшифровки электрокардиограмм у новорожденных детей различного срока гестации; методикой проведения расчета инфузионной терапии и парентерального питания у новорожденных детей различного гестационного возраста с различной патологией; методикой проведения расчета объема энтерального питания новорожденным детям различного срока гестации различными видами смесей; методикой проведения электронного мониторинга жизненно важных	
--	--	--

	функций организма у новорожденных детей различного срока гестации в критическом состоянии;	
ПК-6	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	A/03.8 A/04.8
	должен знать: принципы раннего вмешательства при организации комплексной абилитации и реабилитации детей различного гестационного возраста, перенесших перинатальную патологию	
	должен уметь: проводить комплексную оценку состояния здоровья ребёнка с определением группы здоровья и дальнейшей тактики ведения; составлять план индивидуальных профилактических и/или лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с выявленной патологией и/или функциональным отклонением в ходе диспансеризации;	
ПК-7	готовность к формированию у населения, членов семей новорожденных пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	A/03.8 A/04.8
	должен знать: теоретические основы избранной специальности; основы анатомии и физиологии человека; основы общей патологии человека; основы и клиническое значение лабораторной диагностики заболеваний; показания и противопоказания к вакцинации, национальный календарь прививок;	
	должен уметь: соблюдать принципы этики и деонтологии в общении с родителями и родственниками пациентов, нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий	
	должен владеть: методикой оценки адекватности грудного вскармливания новорожденных детей различного срока гестации; методикой оценки динамики физического и нервно-психического развития детей, рожденных на разных сроках гестации, в том числе, с ЭНМТ при рождении, перенесших перинатальную патологию	
ПК-8	готовность к участию в оценке качества оказания неонатологической медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	A/05.8
	должен знать: основы медицинской статистики, учёта и	

	анализа основных показателей здоровья населения; основы медицинского страхования и деятельности медицинских организаций неонатологического профиля в условиях страховой медицины; тенденции состояния здоровья новорожденных и детей раннего возраста в Российской Федерации; принципы межведомственного взаимодействия органов управления здравоохранением, органов законодательной и исполнительной власти, территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), страховых медицинских организаций по вопросам охраны и укрепления здоровья детей и подростков.	
	должен уметь: анализировать нормативно-правовую базу по вопросам сохранения и укрепления здоровья детского населения Российской Федерации; выполнять требования руководящих нормативных документов в практической деятельности врача-неонатолога	

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1 Учебный план

2.1 Учебный план

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Неонатология», 144 ак. часа, форма обучения очная

№ №	Наименование модулей I.	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Стаж пров ка	Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				ПК	Форма контроля
				ЛЗ	СЗ	ПЗ	ОСК			ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР*		
1.	Общественное здоровье и организация здравоохранения в сфере неонатологии	6	6	2	4									ПК-1 ПК-3 ПК-8	ПА (зачет)
2.	Организация помощи новорожденным в физиологическом отделении родильного дома	18	18	6	6	6								ПК-1 ПК-2 ПК-7	ПА (зачет)
3.	Оказание экстренной и неотложной помощи детям различного ГВ в ОРИТ роддома и в перинатальном центре	40	40	6	6	10	18							ПК-1 ПК-4 ПК-5	ПА (зачет)
4.	Оказание помощи детям различного ГВ с перинатальной патологией на 2-м этапе выхаживания.	55	55	14	9	32								ПК-1 ПК-4 ПК-5	ПА (зачет)
5.	Организация медицинской помощи новорожденным детям на амбулаторном этапе	24	24	12	4	8								ПК-1 ПК-6 ПК-7	ПА (зачет)
II.	Итоговая аттестация	1	1						1		1				ИА/экза мен
III.	Всего по Программе	144	143	40	29	56	18		1		1				

2.2 Календарный учебный график

Учебные занятия проводятся в течение одного месяца: 4 недели – пять дней в неделю по 7,2 академических часа в день.

2.3 Рабочие программы учебных модулей

МОДУЛЬ 1

«Общественное здоровье и организация здравоохранения в сфере неонатологии»

Код	Наименование тем, подтем
1.1.	Законодательство Российской Федерации в сфере оказания медицинской помощи новорожденным детям.
1.1.1	Страховая медицина и организация ЗО
1.1.2	Фармакоэкономика в неонатологии
1.1.3	Законодательная и нормативная база профилактики – региональные особенности.
1.2	Биоэтика в деятельности врача-неонатолога.
1.2.1	Современные принципы и особенности медицинской этики и деонтологии в неонатологии.
1.2.2	Вопросы ятрогении и врачебной ошибки, назначений off-label
1.2.3	Действия врача при отказе родителей ребёнка от профилактических, диагностических и лечебных процедур.
1.2.4	Получение медицинской информации.

МОДУЛЬ 2

«Организация помощи новорожденным детям в физиологическом отделении родильного дома».

Код	Наименование тем, подтем
2.1	Принципы пренатальной диагностики и тактики ведения состояний, угрожающих плоду и новорожденному
2.2	Оценка состояния новорожденного в родильном зале. Базовая помощь новорожденным детям в родильном доме
2.3	Стабилизация состояния и постнатальная адаптация, пограничные с нормой состояния
2.4	Организация и поддержка грудного вскармливания. Уход за здоровым новорожденным ребенком
2.5	Генетика: диагностика врождённых пороков развития и наследственных болезней в неонатальном периоде
2.5.1.	Пренатальная диагностика врожденных пороков развития (ВПР)
2.5.2.	Неонатальный скрининг наследственных болезней и наследственных болезней обмена (НБО), кардиохирургический скрининг
2.6	Профилактическая вакцинация новорожденных детей

МОДУЛЬ 3
«Оказание экстренной и неотложной помощи новорожденным детям различного ГВ в родильном доме»

Код	Наименование тем, подтем
3.1	Неотложные состояния в неонатологии
3.1.1.	Организация службы реанимации и интенсивной терапии новорожденных
3.1.2.	Неотложные состояния у новорожденных, требующие интенсивной терапии
3.1.2.2.	Синдром дыхательных расстройств у новорожденных детей различного гестационного возраста.
3.1.2.3.	Нарушения гемодинамики. Гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток.
3.1.2.4.	Артериальная гипотензия и шок у новорожденных детей. Этиология, патогенез, принципы профилактики и терапии.
3.1.2.5.	Геморрагический синдром у новорожденных детей. ДВС-синдром. Тромбозы у новорожденных детей. Патогенез, диагностика, принципы терапии
3.1.2.6.	Водно-электролитный баланс и кислотно-щелочное равновесие. Электролитные нарушения у новорожденных. Критерии диагностики, принципы коррекции.
3.1.2.7.	Неонатальные гипербилирубинемии. Этиология, классификация, патогенез, тактика ведения.
3.2.	Стабилизация состояния, первичная и реанимационная помощь новорожденным детям, включая детей с ЭНМТ, респираторная терапия в родильном зале
3.2.1.	Основные принципы стабилизации состояния, первичной реанимации новорожденных детей в родильном зале. Перечень необходимого оборудования и расходных материалов для проведения первичной реанимации. Перечень необходимых медикаментов для проведения первичной реанимации. Оценка признаков живорожденности, тяжести состояния ребенка в первые минуты жизни
3.2.2.	Тактика ведения новорожденных детей в зависимости от степени тяжести состояния при рождении. Обоснование тактики ведения детей группы риска, родившихся в удовлетворительном состоянии. Обоснование тактики ведения детей, родившихся в среднетяжелом состоянии. Обоснование тактики ведения детей, родившихся в тяжелом состоянии
3.2.3.	Алгоритм полного объема реанимационной помощи

	новорожденным детям различного срока гестации в родильном зале
3.3	Интенсивная терапия при неотложных состояниях у новорожденных детей различного срока гестации
3.3.1	Неинвазивная респираторная терапия. Применение метода СРАР (СДППД) у новорожденных детей через различные интерфейсы
3.3.2	Заместительная терапия сурфактантом
3.3.3	Искусственная вентиляция легких новорожденных (традиционная)
3.3.4	Высоочастотная осцилляторная ИВЛ (ВЧО ИВЛ)
3.3.5	Небулайзерная терапия
3.4.	Интенсивная терапия при неотложных состояниях у новорожденных детей различного срока гестации
3.4.1.	Инфузионная терапия. Принципы расчета, состав.
3.4.2.	Принципы парентерального и энтерального питания у новорожденных различного гестационного возраста в ОРИТН
3.4.3.	Анемии. Тромбоцитопении. Нейтропении у новорожденных детей. Трансфузиология в неонатологии. Показания, препараты, законодательные аспекты, осложнения
3.4.3.1.	Определение группы и резуса крови при помощи Цоликлонов
3.4.3.2.	Переливание эритроцит-содержащих препаратов крови
3.4.3.3.	Переливание препаратов плазмы крови
3.4.3.4.	Заменное (обменное) переливание препаратов крови
3.5.	Клиника и диагностика неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства. Тактика неонатолога
3.6.	Модуль частично реализуется в форме обучающего симуляционного курса «ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ, ВКЛЮЧАЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭНМТ ПРИ РОЖДЕНИИ» Симуляционное обучение на базе обучающего «Центра современных перинатальных технологий», и (ГБУЗ «ГКБ №24 Департамента здравоохранения Москвы», филиал «Перинатальный центр» – г. Москва, 4-й Вятский переулок, дом 39), с применением манекенов производства компании “Laerdal Medical AS” (Норвегия): NewBorn Anne – для отработки навыков оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным детям, наложения лицевой маски, введения эндотрахеальной трубки, ларингеальной маски, вентиляции легких под положительным давлением, непрямого массажа сердца, введения желудочного зонда, катетеризации пупочных сосудов, внутрикостного доступа для введения лекарственных средств, плевроцентеза по передне-подмышечной линии; манекен оснащен программным управлением,

	пультом, подключен к компьютеру, содержащему сценарии клинических ситуаций; Nita Newborn – для отработки навыков эндотрахеальной интубации, методик эндотрахеального введения сурфактанта и адреналина, постановки зондов, катетеризации центральных и периферических вен; Baby Stap – для отработки навыков люмбальной пункции; манекена-тренажера Baby Ivy - головы новорожденного с венами для отработки навыков чрезкожной пункции и катетеризации периферических вен; манекен-тренажер Baby Umbi для катетеризации пупочной вены; тренажера Baby Arti - руки новорожденного с артерией; тренажера-имитатора ноги младенца с венами; тренажера-имитатора руки младенца с венами; тренажера для интубации трахеи у новорожденных детей и заместительной терапии препаратами сурфактанта (голова новорожденного ребенка на подставке) с целью отработки практических навыков врача-неонатолога при осмотре и оказании специализированной помощи здоровым новорожденным детям, первичной реанимационной помощи новорожденным, включая детей с ЭНМТ и проведении респираторной терапии. Рабочая программа симуляционного курса
3.6.1.	Командная работа при оказании первичной реанимационной помощи новорожденным, включая детей с ЭНМТ, и проведении респираторной терапии и полного объема реанимационных мероприятий в родильном зале.
3.6.1.1.	Подготовка рабочего места, аппаратуры и расходных материалов в родзале при оказании специализированной помощи новорожденным детям, включая детей с ЭНМТ, в родильном зале
3.6.1.2.	Гигиеническая и хирургическая обработка рук, надевание стерильных перчаток, халата, подготовка рабочего места для катетеризации сосудов
3.6.1.3.	Применение теплосберегающих технологий при оказании помощи новорожденным с ЭНМТ при рождении
3.6.2	Малоинвазивное введение сурфактанта
2.6.3	Катетеризация пупочной вены, постановка периферических венозных катетеров и катетеров средней длины у новорожденных детей, постановка центральных венозных катетеров, вводимых транскутанно
2.6.4.	Меры профилактики катетер-ассоциированных инфекций и тромбозов у новорожденных детей при внутривенном введении лекарственных препаратов и трансфузионных сред

МОДУЛЬ 4

**«Оказание помощи детям различного ГВ
с перинатальной патологией на 2-м этапе выхаживания»**

Код	Наименование тем <i>(подтем, элементов, подэлементов)</i>
4.1.	Организация этапного оказания медицинской помощи новорожденным в условиях Перинатального Центра и многопрофильного педиатрического стационара.
4.1.1.	Организация диагностического и лечебного процесса в отделении патологии новорожденных. Структура отделения патологии новорожденных городской больницы.
4.1.2.	Правила ведения основной медицинской документации. Особенности составления статистических и аналитических отчетов. Санитарно-эпидемиологический режим и профилактика госпитальных инфекций
4.2.	Инфекционная патология перинатального периода
4.2.1.	Трансплацентарные вирусные инфекции
4.2.2.	Бактериальные инфекции у новорожденных
4.2.2.1.	Неонатальный сепсис
4.2.2.2.	Менингиты у новорожденных
4.3.	Некротизирующий энтероколит
4.4.	Антибактериальная терапия у новорожденных детей
4.5.	Перинатальная патология ЦНС. Особенности у недоношенных новорожденных детей, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела.
4.5.1.	Современная классификация перинатальных поражений ЦНС
4.5.2.	Клиника, диагностика, подходы к терапии.
4.5.3.	Неонатальные судороги. Клиника, современные принципы диагностики и терапии
4.6.	Патология сердечно-сосудистой системы
4.6.1	Врожденные пороки сердца (ВПС)
4.6.2	Кардиты
4.6.3	Кардиомиопатии
4.7	Перинатальная патология мочевыделительной системы у новорожденных детей
4.8.	Нарушения функции печени у новорожденных детей
4.9.	Наиболее распространенные генетические и хромосомные заболевания перинатального периода.
4.10.	Врожденные нарушения метаболизма и эндокринные заболевания с дебютом в неонатальном периоде. Остеопения недоношенных
4.11.	Патология системы крови у новорожденных детей
4.11.1	Физиология кроветворения в периоде новорожденности.
4.11.2	Физиологическое уменьшение уровня гемоглобина в раннем

	возрасте. Анемии у новорожденных детей. Классификация, диагностика, терапия. Ранняя анемия недоношенных детей.
4.11.3.	Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, классификация, клиника, лечение
4.11.4.	Физиология и патофизиология свертывающей системы крови в периоде новорожденности
4.11.5	Патология системы свертывания крови у новорожденных детей. Классификация, клинико-лабораторная диагностика, терапия.
4.12	Особенности течения некоторых заболеваний у недоношенных детей
4.12.1.	Нарушения органов дыхания у недоношенных детей. Респираторный дистресс-синдром. Бронхолегочная дисплазия. Критерии диагноза, клиника, терапия
4.12.2.	Перинатальная патология ЦНС у недоношенных новорожденных, в том числе, с низкой и экстремально низкой массой тела.
4.12.3.	Особенности менингитов у недоношенных новорожденных детей. Этиология, диагностика, лечение. Принципы антибактериальной терапии.
4.12.4.	Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний: (локальные инфекции, сепсис) у недоношенных детей.
4.12.5.	Анемии недоношенных. Дифференциальный диагноз анемий. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных детей.
4.12.6.	Клинико-лабораторные особенности внутриутробных инфекций плода и новорожденного. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
4.12.6.	Особенности фармакотерапии недоношенных детей.
4.12.7	Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде с учетом степени гестационной зрелости при рождении.

МОДУЛЬ 5

«Организация медицинской помощи новорожденным детям на амбулаторном этапе»

Код	Наименование тем <i>(подтем, элементов, подэлементов)</i>
5.1.	Организация медицинской помощи и наблюдение за здоровым новорожденным в условиях поликлиники.
5.1.1.	Дородовый патронаж
5.1.2.	Первичный патронаж
5.1.3.	Периодичность посещения ребенка врачом и медицинской

	сестрой на дому
5.1.4.	Выявление групп риска
5.1.5.	Особенности диспансеризации новорожденных детей
5.1.6.	Периодичность осмотра специалистами
5.1.7.	Особенности наблюдения и ведения недоношенных детей на педиатрическом участке
5.1.8	Объем лабораторных исследований
5.1.9	Показания к госпитализации
5.2.	Организация и принципы катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией в амбулаторных условиях. Индивидуальная тактика вакцинации. Профилактика РСВ-инфекции
5.2.1.	Катамнестическое наблюдение за детьми с перинатальной патологией ЦНС, в т.ч., с неонатальными судорогами.
5.2.2.	Особенности наблюдения и ведения детей с заболеваниями органов дыхательной системы. Катамнестическое наблюдение за детьми с бронхолегочной дисплазией
5.2.3.	Особенности наблюдения и ведения детей с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы
5.2.4.	Особенности наблюдения и ведения детей с заболеваниями органов слуха и зрения. Катамнестическое наблюдение за детьми с ретинопатией недоношенных
5.2.5.	Катамнестическое наблюдение за детьми с синдромальной формой патологии

2.4 Оценка качества освоения программы

2.4.1 Формы промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1 Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА по каждой теме учебного модуля Программы. Форма ПА - зачёт. Зачет проводится в виде собеседования по условиям ситуационной задачи.

- в виде итоговой аттестации (ИА). Обучающийся допускается к ИА после освоения тем рабочей программы учебного модуля в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством письменного решения одной ситуационной задачи и/или тестирования в системе АС ДПО.

2.4.1.2 Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

2.4.2 Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы определяется Положением об организации итоговой аттестации обучающихся на факультете дополнительного профессионального образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.5 Оценочные материалы

Оценочные материалы представлены в виде 250 тестов и 25 ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы и в Приложении к Программе.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1 Материально-технические условия

3.1.1 Перечень помещений Университета и медицинских организаций, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ГБУЗ «ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы» г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, дом 15, корпус 2	3 этаж, лаборатория, конференц-зал
2	ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, обучающий «Центр современных перинатальных технологий» 117997, г. Москва, улица Островитянова, 1, строение 9, Медцентр РНИМУ,	Кабинеты 101-102, 103, 107-108, 116.
3	ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ». Филиал «Перинатальный центр». г. Москва, 4-й Вятский переулок,	6 этаж, учебная аудитория

	дом 39	
4	ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ». Филиал «Перинатальный центр». г. Москва, 4-й Вятский переулок, дом 39	6 этаж, ассистентская
5	ГБУЗ «ГКБ №24 ДЗМ». Филиал «Перинатальный центр». г. Москва, 4-й Вятский переулок, дом 39	6 этаж, кабинет профессора

3.1.2 Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№ п/п	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения, наглядных пособий с указанием инвентарного номера
1.	Проектор "Epson EMP - 280" мультимедийный Инв. №11010400017524
2.	Проектор мультимедиа "Acer PD322" Инв. № 30400000006999
3.	Компьютер ноутбук «ACER Aspire» Инв. № 21010400016741
4.	Компьютер ноутбук"ACER AOA 150" Инв. №21010400017518
5.	Электроэнцефалограф" Neurotravel" Инв. №10400000006948
6.	Система модульная для комплексной функциональной диагностики ATES DIAGNOSTIC с принадлежностями (ЭЭГ модуль Neurotravel Light). Инв. № 21012400000945
7.	NewBorn Anne – для отработки навыков оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному ребенку, умения придать ребенку правильное положение, применить теплосберегающие технологии, очистить верхние дыхательные пути, провести тактильную стимуляцию в случае первичного апноэ, наложить лицевую маску для проведения неинвазивной или принудительной вентиляции легких, ввести эндотрахеальную трубку, отработать традиционные и малоинвазивные методы введения сурфактанта, отработать технику проведения непрямого массажа сердца, в том числе при совместном координированном его выполнении одновременно с ручной принудительной вентиляцией легких через маску или эндотрахеальную трубку, отработать наложение

	ларингеальной маски, методы проведения принудительной ручной и аппаратной вентиляции легких под положительным давлением, введение желудочного зонда, катетеризации пупочных сосудов, внутрикостного доступа для введения лекарственных средств, плевроцентеза по передней подмышечной линии. Инв. № 41013400000485, 41013400000486, 41013400000487, 21012400001051, 21012400001052
8	SimNewB – с программным управлением, пультом, подключен к компьютеру, содержащему сценарии клинических ситуаций. Инв. № 21012400001048
9	Nita Newborn – для отработки навыков эндотрахеальной интубации, заместительной терапии препаратами сурфактанта, включая малоинвазивные методы введения сурфактанта, постановки орогастрального и назогастрального зондов, катетеризации вен. Инв. № 21012400001054, 21012400001055
10	Baby Star – манекен-тренажер для отработки навыков люмбальной пункции Инв. № 21012400001096 - 21012400001099
11	Baby Ivy - Манекен-тренажер – имитатор головы новорожденного с венами для отработки навыков пункции и катетеризации периферических вен Инв. №21012400001085- 21012400001088
12	Baby Umbi - Манекен-тренажер для катетеризации пупочной вены Инв. № 21012400001090, 21012400001092, 21012400001093
13	Baby Arti - тренажер руки новорожденного с артерией Инв. № 21012400001073- 21012400001076
14	Тренажер-имитатор ноги младенца с венами Инв. № 21012400001057- 21012400001060
15	Тренажер-имитатор руки младенца с венами Инв. № 21012400001056- 21012400001059
16	Тренажер для отработки навыков интубации трахеи у новорожденных детей и заместительной терапии препаратами сурфактанта, в том числе и малоинвазивными методами (голова новорожденного ребенка с имитацией трахеобронхиального дерева на подставке) Инв. № 41013400000489, 41013400000490
17	Монитор церебральных функций «Olympic CFM 6000» Инв № 00000000000162

3.2 Учебно-методическое и информационное обеспечение

3.2.1 Литература

№№	Основная литература
----	---------------------

1	Приказ Минтруда России от 14.03.2018 №136н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-неонатолог" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2018 N 50594)
2	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 25.12.2012, регистрационный № 26377)
3	Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». https://www.rncrr.ru/upload/Doc/N203.pdf
4	Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и послеродовом отделении. Клинические рекомендации Российского Общества Неонатологов. Москва, 2015. www.neonatology.pro
5	Реанимация и стабилизация состояния новорождённых детей в родильном зале. Методическое письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020. Байбарина Е.Н., ред. М.: МЗ РФ, 2020: 54. https://mz19.ru/upload/iblock/d0e/Metodicheskoe-pismo-Reanimatsiya-i-stabilizatsiya-sostoyaniya-novorozhdennykhdetey-v-rodilnom-zale.pdf
6	Неонатология: учебное пособие в 2 томах. / Н.П. Шабалов. – 6-ое издание, исправленное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
7	Неотложные состояния у новорожденных детей: руководство для врачей / О.В. Ионов, Д.Н. Дегтярев, А.Р. Киртбая, и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с.
8	Рентгенодиагностика заболеваний легких у новорожденных детей. / М.В. Дегтярева, А.В. Горбунов, А.П. Мазаев, А.В. Ерохина. – М.: Логосфера, 2017. – 200 с.
9	Респираторная поддержка при критических состояниях в педиатрии и неонатологии: руководство для врачей. / Ю.С. Александрович, К.В. Пшениснов. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с.
10	Атлас манипуляций в неонатологии / под ред. М. Дж. Мак-Дональд, Дж. Рамасезу; пер. с англ. В.В. Пожарского; под ред. д.м.н. И.И. Рюминой, Е.Н. Байбариной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с.
11	Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. Клинические рекомендации Российского Общества неонатологов и Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. Москва, 2016. www.raspm.ru
12	Бронхолегочная дисплазия. Монография. Под ред. Д.Ю. Овсянникова, Н.А. Геппе, А.Б. Малахова, Д.Н. Дегтярева. Москва, 2020.
13	Клинические рекомендации. Неонатология / под ред. Н.Н. Володина,

	Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с.
14	Неонатология в 2-х томах под ред. Т. Л. Гомеллы, М.Д. Каннингама. и Ф.Г. Эяля; Пер. с англ.; Под ред. Д.Н. Дегтярева. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2015.
15	Неонатология. Национальное руководство. Н.Н. Володин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
16	Недоношенные дети: учебное пособие / сост. Л.И. Ильенко и соавт. – Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2020. – 136 стр.
17	Реанимация новорожденных /Под ред. Дж. Каттвинкеля; пер. с англ.; под ред. М.В. Дегтяревой. - М.: Логосфера, 2012.
18	Сосудистый доступ в педиатрии: учеб. пособие / Лазарев В.В., Быков М.В., Щукин В.В., Багаев В.Г. и соавт. – М.: ИндексМед Медиа, 2018. – 264 с.: ил.
19	Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия в педиатрии: учебное пособие. / Под редакцией Гребенникова В.А., Лазарева В.В. - М.: ИндексМед Медиа, 2016.-304 с.
20	Парентеральное и энтеральное питание детей: практические рекомендации / под ред. Ю.В. Ерпулёвой, А.И. Чубаровой, О.Л. Чугуновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с.
	Дополнительная литература
21	Textbook of Neonatal Resuscitation. 8 th Edition. 2021. Editor – Gary M. Weiner. American Academy of Pediatrics and American Heart Association. www.aap.org
22	European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update. D.G. Sweet, V. Carnielli, G. Greisen, M. Hallman, E. Ozek, A. te Pas, R. Plavka, C.C. Roehr, O.D. Saugstad, U. Simeoni, C.P. Speer, M. Vento, G.H.A. Visser, H.L. Halliday // <i>Neonatology</i> . 2019. DOI: 10.1159/000499361

3.2.2 Информационно-коммуникационные ресурсы

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	http:// www.rosminzdrav.ru
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
4	Сайт американского общества клинических нейрофизиологов	http://www.acns.org/practice/guidelines
5	Медицинская поисковая система для специалистов	http://www.medinfo

6	Профессиональный портал для врачей	http://mirvracha.ru/portal/index
7	Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии "Российское общество неонатологов", город Москва	http://www.neonatology.pro
8	Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины	http://www.raspm.ru
9	Журнал «Неонатология: новости, мнения, обучение»	http://www.neonatology-nmo.ru/
10	Информационный ресурс «Неонатология и неонатальная реаниматология»	http://www.neonatalspb.ru
11	Американская академия педиатрии	http://www.aap.org
12	Врач	http://www.rusvrach.ru
13	Русский медицинский журнал	http://www.rmj.ru
14	Издательство «Медиа Сфера»	http://www.mediasphera.ru
15	Российское медицинское общество	http://www.russmed.ru
16	Журнал «Consilium-medicum»	http://www.consilium-medicum.com
17	British Medical Journal	http://www.bmj.com
18	The Lancet	http://www.thelancet.com
19	Cochrane Collaboration	http://www.cochrane.org -
20	PubMed	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/

3.3 Кадровые условия

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры неонатологии факультета дополнительного профессионального образования.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, имеющих сертификат специалиста по неврологии, неонатологии, функциональной диагностике, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

3.4. Организация образовательного процесса

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекция, семинар, практическое занятие, тренинг.

1. Лекции проводятся: без ДОТ полностью с использованием мультимедийных устройств и специально оборудованных компьютерных классов с возможностью демонстрации обучающих видео-материалов.

2. Семинары проводятся:

– частично без ДОТ в виде дискуссии, и/или чтения первоисточников с комментариями слушателей и пояснениями педагога, ситуационного анализа (разбора кейсов и реальных историй болезни), и ответов на вопросы, с использованием мультимедийных устройств и учебно-методической литературы;

– частично с ДОТ очно (синхронно) в виде тестирования в АС ДПО под административным контролем куратора группы.

3. Практические занятия проводятся: без ДОТ полностью в виде отработки навыков и умений в пользовании расходными материалами, оборудованием и аппаратно-программными комплексами мониторинга состояния новорожденных в условиях оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям по профилю «неонатология» и специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» в стационарных условиях, практической работы для отработки умений и навыков в выполнении алгоритма оценки тяжести новорожденного ребенка при рождении и принятия решения о необходимости и объеме проведения реанимационных мероприятий, технологических приемов реанимации новорожденных различного гестационного возраста, включая детей с ЭНМТ, в условиях родильного зала, интубации трахеи, катетеризации центральных и периферических сосудов, методик введения сурфактанта, проведения мониторинга церебральных функций и определения показаний к инициации протокола терапевтической гипотермии у доношенных новорожденных, рожденных в асфиксии тяжелой степени, и решения ситуационных задач для отработки умений и навыков оценки тяжести состояния новорожденного ребенка и планирования объема реанимационных мероприятий в родзале и условиях ОРИТН, симуляционных занятий с использованием специализированных тренажеров для отработки умений и навыков интубации трахеи, катетеризации центральных и периферических

сосудов, а также в виде проверки теоретических знаний, умений и навыков интерпретации результатов клинико-лабораторного обследования и мониторинга церебральных функций методом аЭЭГ в ходе решения ситуационных задач - составляющее содержание дисциплины в профессиональной деятельности или в подготовке к изучению дисциплины, формирующих профессию слушателя.

3.4. 1 Автоматизированная система АС ДПО.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО). В АС ДПО размещены контрольно-измерительные материалы и нормативные материалы.

После внесения данных обучающегося в систему дистанционного обучения слушатель получает идентификатор - логин и пароль, что позволяет ему входить в систему ДОТ и ЭО под собственными идентификационными данными.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей «Неонатология», трудоемкостью 144 академических часа по специальности «Неонатология».

1	Кафедра	<i>Неонатологии</i>
2	Факультет	Дополнительного профессионального образования
3	Адрес (база)	ГБУЗ «Детская Городская Клиническая Больница им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, дом 15, корпус 15
4	Зав.кафедрой	Дегтярева Марина Васильевна
5	Ответственный составитель	Дегтярева Мария Григорьевна
6	E-mail	doctor_masha1@mail.ru
7	Моб. телефон	89167152926
8	Кабинет №	113
9	Учебная дисциплина	-
10	Учебный предмет	-
11	Учебный год составления	2021
12	Специальность	Неонатология
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	Неонатология
15	Тема	Неонатология и неонатальная реаниматология
16	Подтема	Основы перинатальной помощи, реанимации новорожденных детей в родильном зале, включая детей с экстремально низкой массой тела
17	Количество вопросов	40
18	Тип вопроса	single

19	Источник	-
16	Подтема	Катетеризация сосудов у новорожденных детей
17	Количество вопросов	40
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-
16	Подтема	Мониторинг церебральных функций у новорожденных в условиях ОРИТН
17	Количество вопросов	50
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-
16	Подтема	Оказание помощи новорожденным детям в условиях стационара и на амбулаторном этапе - 1
17	Количество вопросов	90
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-
16	Подтема	Оказание помощи новорожденным детям в условиях стационара и на амбулаторном этапе - 2
17	Количество вопросов	10
18	Тип вопроса	multiple
19	Источник	-
16	Подтема	Общественное здоровье и организация здравоохранения в сфере неонатологии
17	Количество вопросов	20
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			Самый высокий риск развития тяжелой асфиксии во время родов у детей со сроком гестации		
	*		42 недели и более		
			38 – 40 недель		
			37 – 38 недель		
			35 – 36 недель		
2			По статистическим данным потребность в первичных реанимационных мероприятиях максимальна у детей, родившихся с массой тела		
	*		менее 1000 грамм		
			1500 – 2000 грамм		
			2500 – 3000 грамм		
			3100 – 3600 грамм		
3			Одной из целей внедрения в практическое здравоохранение по всей Российской Федерации единых алгоритмов первичной реанимационной помощи новорожденным детям является		
	*		снижение неонатальной и младенческой смертности		
			снижение материнской смертности и заболеваемости в раннем послеродовом периоде		
			повышение уровня доступности высокотехнологичной медицинской помощи		
			сокращение уровня потребности в паллиативной медицинской помощи		
4			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		преэклампсию		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
			медикаментозно компенсированный гипотиреоз		

			у матери		
			бессимптомную бактериурию во время беременности		
5			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		клинические признаки инфекции у матери перед родами		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
			медикаментозно компенсированный гипотиреоз у матери		
			бессимптомную бактериурию во время беременности		
6			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		задержку внутриутробного роста плода		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
			медикаментозно компенсированный гипотиреоз у матери		
			бессимптомную бактериурию во время беременности		
7			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		аномальные показатели кардиотокографии накануне родов		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
			медикаментозно компенсированный гипотиреоз у матери		
			бессимптомную бактериурию во время		

			беременности		
8			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		преждевременные роды (срок гестации менее 37 недель)		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
			медикаментозно компенсированный гипотиреоз у матери		
			бессимптомную бактериурию во время беременности		
9			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		наличие мекония в передних околоплодных водах		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
			медикаментозно компенсированный гипотиреоз у матери		
			бессимптомную бактериурию во время беременности		
10			Во время родов температура воздуха в родильном зале должна составлять как минимум		
	*		+24 °С		
			+18 °С		
			+20 °С		
			+30 °С		
11			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» независимо от исходного		

			состояния, характера и объема проводимых реанимационных мероприятий состояние всех новорожденных детей оценивается по шкале		
	*		Апгар		
			Сильвермана		
			Даунса		
			Балларда		
12			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае продолжения реанимационных мероприятий более 5 минут жизни, необходимо провести оценку по шкале Апгар через		
	*		10 минут после рождения		
			10 минут после начала реанимационных мероприятий		
			30 минут после рождения		
			30 минут после начала реанимационных мероприятий		
13			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар свидетельствует об отсутствии асфиксии новорожденного, если она составляет		
	*		8 баллов и более через 1 минуту после рождения		
			4 – 7 баллов через 5 минут после рождения		
			1 – 3 балла через 1 минуту после рождения		
			9 – 10 баллов через 10 минут после рождения		
14			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по		

			шкале Апгар свидетельствует о наличии легкой или умеренной асфиксии новорожденного, если она составляет		
	*		4 – 7 баллов через 1 минуту после рождения		
			1 – 3 балла через 10 минут после рождения		
			8 баллов и более через 5 минут после рождения		
			9 – 10 баллов через 1 минуту после рождения		
15			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар свидетельствует о наличии тяжелой асфиксии новорожденного, если она составляет		
	*		1 – 3 балла через 1 минуту после рождения		
			4 – 7 баллов через 10 минут после рождения		
			8 баллов и более через 5 минут после рождения		
			9 – 10 баллов через 1 минуту после рождения		
16			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар отражает эффективность (или неэффективность) проводимых реанимационных мероприятий, если она ставится через		
	*		5 минут после рождения		
			1 минуту после рождения		
			10 минут после начала проведения полного объема реанимационных мероприятий		
			30 минут после начала реанимационных мероприятий		
17			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по		

			шкале Апгар должна быть занесена врачом-неонатологом в		
	*		историю развития новорожденного (форма 097/у)		
			историю развития ребенка (форма 112/у)		
			карту профилактических прививок (форма 063/у)		
			обменную карту (форма 113/у)		
18			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из вопросов, который помогает врачу-неонатологу оценить необходимость углубленной оценки состояния новорожденного ребенка на реанимационном столике, является		
	*		«Новорожденный дышит и кричит?»		
			«Срок гестации менее 42 полных недель?»		
			«Новорожденный взял грудь матери?»		
			«У мамы резус-отрицательная группа крови?»		
19			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из признаков живорождения является		
	*		наличие самостоятельного дыхания		
			наличие сосательного рефлекса		
			отсутствие сыровидной смазки, покрывающей кожу		
			отсутствие трупных пятен на коже		
20			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из признаков живорождения является		
	*		наличие сердцебиения (частоты сердечных		

			сокращений)		
			наличие сосательного рефлекса		
			отсутствие сыровидной смазки, покрывающей кожу		
			отсутствие трупных пятен на коже		
21			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из признаков живорождения является		
	*		наличие пульсации пуповины		
			наличие сосательного рефлекса		
			отсутствие сыровидной смазки, покрывающей кожу		
			отсутствие трупных пятен на коже		
22			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из признаков живорождения является		
	*		наличие произвольного движения мышц		
			наличие сосательного рефлекса		
			отсутствие сыровидной смазки, покрывающей кожу		
			отсутствие трупных пятен на коже		
23			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из этапов проведения реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является		
	*		проведение респираторной поддержки, в том числе искусственной вентиляции легких		
			выкладывание ребенка на грудь матери		

			стимуляция сосательного рефлекса		
			введение противосудорожных препаратов		
24			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из этапов проведения реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является		
	*		проведение непрямого массажа сердца		
			выкладывание ребенка на грудь матери		
			стимуляция сосательного рефлекса		
			введение противосудорожных препаратов		
25			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из этапов проведения реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является		
	*		введение медикаментов (адреналина, 0,9% раствора хлорида натрия)		
			выкладывание ребенка на грудь матери		
			стимуляция сосательного рефлекса		
			введение противосудорожных препаратов		
26			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из критериев эффективности проводимых реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является		
	*		частота сердечных сокращений более 100 ударов в минуту		
			розовый цвет кожных покровов		
			устойчивый сосательный рефлекс		
			хорошая двигательная активность		

27			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при обсушивании ребенка сухой согретой пеленкой рекомендуется		
	*		промокать его, а не вытирать		
			вытирать его, а не промокать		
			тщательно вытирать его, снимая всю сыровидную смазку в естественных складках		
			вытирать только глаза, нос и рот		
28			Одним из возможных осложнений глубокой санации ротоглотки при обеспечении медицинской помощи ребенку в родильном зале может быть развитие		
	*		брадикардии		
			синдрома аспирации околоплодных вод		
			пневмоторакса		
			легочного кровотечения		
29			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае, если у ребенка хороший мышечный тонус, активное самостоятельное дыхание или громкий крик после рождения и околоплодные воды содержат меконий, то		
	*		санация трахеи не показана		
			в обязательном порядке показана санация ротоглотки и носовых ходов		
			показана немедленная санация трахеи под контролем прямой ларингоскопии		
			в обязательном порядке показана санация ротоглотки, носовых ходов и трахеи		
30			Согласно методическому письму Министерства		

			здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» если на фоне санации трахеи при синдроме аспирации мекония развивается брадикардия менее 80 ударов в минуту, то		
	*		санацию следует прекратить, начать искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) до повышения частоты сердечных сокращений (ЧСС) более 100 ударов в минуту		
			санацию следует продолжить до полной аспирации содержимого трахеи, после этого начать ИВЛ		
			санацию разрешено продолжить под контролем ЧСС, следить, чтобы ЧСС была более 60 ударов в минуту		
			санацию следует прекратить, начать непрямой массаж сердца до повышения ЧСС более 100 ударов в минуту		
31			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» тактильную стимуляцию следует проводить путем		
	*		легкого похлопывания по стопам		
			сжимания грудной клетки		
			сильного хлопка по ягодицам		
			растирания мочек ушей		
32			Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из показаний к проведению немедленной интубации трахеи является		
	*		подозрение на наличие у ребенка диафрагмальной грыжи		

			отсутствие самостоятельного дыхания у ребенка в течение 10 секунд после рождения		
			частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту		
			стойкий генерализованный цианоз в течение 60 секунд после рождения		
33			С целью соблюдения принципа безопасности в саморасправляющемся мешке имеется клапан сброса избыточного давления, который обычно настроен на		
	*		40 см водного столба		
			40 мм ртутного столба		
			5 см водного столба		
			25 мм ртутного столба		
34			Пиковое давление на вдохе обозначается как		
	*		PIP		
			PEEP		
			Tin		
			FiO ₂		
35			Положительное давление в конце выдоха обозначается как		
	*		PEEP		
			CPAP		
			PIP		
			Tin		
36			Спонтанное дыхание под положительным давлением в конце выдоха обозначается как		
	*		CPAP		
			PIP		
			PEEP		
			Tin		
37			Во время выполнения непрямого массажа сердца, скоординированного с искусственной вентиляцией легких через интубационную трубку, ребенку в родильном зале концентрация		

			кислорода в кислородно-воздушной смеси согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» должна составлять		
	*		100%		
			21%		
			40%		
			70%		
38			Концентрация раствора адреналина, непосредственно используемого для оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет		
	*		0,1 мг в 1 мл		
			0,01 мг в 1 мл		
			0,1 мг в 0,1 мл		
			0,01 мг в 0,1 мл		
39			Одним из фармакологических эффектов адреналина как лекарственного препарата является		
	*		повышение частоты сердечных сокращений (положительный хронотропный эффект)		
			повышение перфузии периферических тканей		
			снижение автоматизма сердца (отрицательный батмотропный эффект)		
			снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)		
40			Одним из возможных непосредственных осложнений введения препарата экзогенного сурфактанта недоношенному ребенку является		
	*		однолегочное введение сурфактанта		
			внутрижелудочковое кровоизлияние		
			двусторонний пневмоторакс		
			двусторонняя пневмония		
1	1	2			

1			Способом введения лекарственных препаратов новорожденным детям, обеспечивающим максимальную биодоступность препаратов, является		
	*		внутривенный способ		
			пероральный способ		
			внутримышечный способ		
			подкожный способ		
2			К трансфузионным средам НЕ принято относить		
	*		антибактериальные и антимикотические препараты, вводимые внутривенным способом		
			препараты, заготавливаемые учреждениями службы крови		
			кровезаменители, изготовление которых налажено на химических, фармацевтических заводах и мясокомбинатах (коллоидные растворы)		
			солевые растворы, изготавливаемые на заводах медицинской промышленности или непосредственно в аптеках лечебных учреждений (кристаллоидные растворы)		
3			Одной из целей катетеризации сосудов у новорожденных детей может являться		
	*		длительное проведение инфузионной терапии и / или частичного или полного парентерального питания		
			заместительная терапия сурфактантом		
			проведение вакцинопрофилактики		
			проведение пробы Манту перед вакцинацией против туберкулеза в родильном доме		
4			Абсолютным показанием к катетеризации сосудов у новорожденных детей является		
	*		введение компонентов донорской крови с целью купирования геморрагического и / или анемического синдрома		
			введение антибиотиков		
			заместительная терапия сурфактантом		

			проведение вакцинопрофилактики		
5			Абсолютным показанием к катетеризации сосудов у новорожденных детей является		
	*		оказание первичной реанимационной помощи в родильном зале в расширенной форме		
			введение антибиотиков		
			заместительная терапия сурфактантом		
			проведение вакцинопрофилактики		
6			Абсолютным показанием к катетеризации сосудов у новорожденных детей является		
	*		интраоперационное введение препаратов (анестезиологическое пособие и инфузионная терапия)		
			введение антибиотиков		
			заместительная терапия сурфактантом		
			проведение вакцинопрофилактики		
7			При выборе анатомической зоны для катетеризации сосудов у новорожденных детей в первую очередь следует учитывать наличие		
	*		инфекционного поражения кожи в предполагаемой области пункции сосуда		
			анемического и / или геморрагического синдрома		
			синдрома токсикоза		
			врожденных пороков развития сосудов		
8			У новорожденных детей с целью проведения инфузионной терапии может проводиться катетеризация		
	*		venae cubitalis dextra et sinistra		
			venae brachialis dextra et sinistra		
			venae renalis dextra et sinistra		
			vena azygos		
9			При принятии решения о выборе устройства для сосудистого доступа - vascular access device (VAD) - для катетеризации сосудов у новорожденных детей следует всегда учитывать		

	*		химические свойства препаратов, которые будут вводиться внутривенным путем		
			паспортный возраст ребенка		
			владение врачом навыками ультразвуковой навигации сосудов		
			количество инвазивных манипуляций, уже проведенных ребенку в отделении		
10			В зарубежной литературе транскутанные венозные линии (глубокие венозные линии) могут обозначаться как		
	*		peripherally inserted central catheter, PICC		
			percutaneous midline catheter, MC		
			short peripherally placed intravenous (IV) catheter, PIV		
			non-tunneled central venous catheter, CVC		
11			Тип венозного доступа, который возможно обеспечить путем катетеризации сосудов у новорожденного ребенка, называется		
	*		центральным		
			медиальным		
			латеральным		
			срединным		
12			Тип венозного доступа, который возможно обеспечить путем катетеризации сосудов у новорожденного ребенка, называется		
	*		периферическим		
			медиальным		
			латеральным		
			срединным		
13			Калибр венозных катетеров, которые используются для проведения инфузионной терапии у новорожденных детей может измеряться в		
	*		гейдж (Gauge, G)		
			сантиметрах (см)		
			дюймах		

			микрометрах (мкм)		
14			Калибр венозных катетеров, которые используются для проведения инфузионной терапии у новорожденных детей может измеряться в		
	*		миллиметрах (мм)		
			сантиметрах (см)		
			дюймах		
			микрометрах (мкм)		
15			Под калибром венозных катетеров, используемых для проведения инфузионной терапии у новорожденных детей, понимают		
	*		наружный диаметр сечения катетера		
			внутренний диаметр сечения катетера		
			эффективную длину катетера		
			разрешенную скорость потока инфузии		
16			Короткие периферические венозные катетеры, используемые для проведения инфузионной терапии у новорожденных детей, с размером 24 G согласно международному стандарту ISO маркируются		
	*		желтым цветом		
			фиолетовым цветом		
			темно-синим / голубым цветом		
			розовым цветом		
17			Короткие периферические венозные катетеры, используемые для проведения инфузионной терапии у новорожденных детей, с размером 22 G согласно международному стандарту ISO маркируются		
	*		темно-синим / голубым цветом		
			фиолетовым цветом		
			желтым цветом		
			розовым цветом		
18			Наличие возможности проведения ЭКГ-контроля		

			во время обеспечения сосудистого доступа новорожденному ребенку характерно для		
	*		центральных венозных катетеров, вводимых по классической методике Сельдингера		
			коротких периферических венозных катетеров (канюль)		
			венозных катетеров средней длины		
			пупочных венозных катетеров		
19			Технические характеристики, которым должны соответствовать сосудистые катетеры, применяемые в том числе и в неонатальной практике, в мире регламентируются		
	*		международным стандартом ISO (The International Organization for Standardization)		
			Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, WHO, World Health Organization)		
			фондом ЮНИСЕФ (UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund)		
			Всемирной ассоциацией специалистов в области перинатальной медицины (World Association of Perinatal Medicine)		
20			Технические характеристики сосудистых катетеров, применяемые в том числе и в неонатальной практике, в Российской Федерации регламентируются		
	*		Государственным стандартом Российской Федерации – «Катетеры внутрисосудистые стерильные однократного применения».		
			Российским обществом неонатологов		
			Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины (РАСПМ)		
			Санитарными правилами и нормами (СанПиН)		
21			Согласно Государственному стандарту Российской Федерации – «Катетеры внутрисосудистые стерильные однократного применения» под дистальным концом сосудистого катетера понимают		

	*		конец катетера, который вводится в сосуд пациента		
			конец катетера, к которому может быть произведено подключение		
			соединитель проксимального конца сосудистого катетера, который является неотъемлемой частью катетера либо присоединяется к проксимальному концу катетера		
			самый крайний участок сосудистого катетера, локализацию которого необходимо визуализировать на рентгенограмме для уточнения корректности постановки катетера		
22			Согласно Государственному стандарту Российской Федерации – «Катетеры внутрисосудистые стерильные однократного применения» под эффективной длиной сосудистого катетера понимают		
	*		максимальную длину катетера, которая может быть введена в сосуд пациента		
			самый крайний участок сосудистого катетера, локализацию которого необходимо визуализировать на рентгенограмме для уточнения корректности постановки катетера		
			длину проксимального конца сосудистого катетера		
			длину дистального конца сосудистого катетера		
23			Согласно Государственному стандарту Российской Федерации – «Катетеры внутрисосудистые стерильные однократного применения» под наружный диаметром сосудистого катетера понимают		
	*		максимальный диаметр части катетера, которую вводят в сосуд пациента		
			диаметр канюли катетера		
			диаметр внутренней иглы катетера		
			диаметр мандрена катетера		
24			При проведении инфузионной терапии у		

			новорожденных детей через короткий периферический венозный катетер следует учитывать, что через него рекомендуется вводить лекарственные препараты и трансфузионные среды с осмолярностью		
	*		менее 450 – 600 мОсм/л		
			исключительно менее 280 мОсм/л		
			более 850 мОсм/л		
			более 1000 мОсм/л		
25			При проведении инфузионной терапии у новорожденных детей через короткий периферический венозный катетер следует учитывать, что через него рекомендуется вводить растворы с концентрацией глюкозы		
	*		менее 10 – 12,5%		
			исключительно 5%		
			от 25 до 40%		
			не менее 40%		
26			Одним из недостатков использования коротких периферических венозных катетеров для обеспечения сосудистого доступа у новорожденных детей является		
	*		ограниченный спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
			быстрота выполнения манипуляции постановки самого катетера		
			большая разрешенная длительность стояния катетера в сосуде		
			снижение числа болезненных для пациента манипуляций		
27			Одним из преимуществ использования венозных катетеров средней длины для обеспечения сосудистого доступа у новорожденных детей является		
	*		отсутствие необходимости рентгенологической верификации локализации дистального конца		

			сосудистого катетера		
			разрешенная длительность стояния катетера в сосуде меньше, чем у коротких периферических венозных катетеров		
			широкий спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
			возможность введения препаратов с агрессивными химическими свойствами		
28			При проведении инфузионной терапии у новорожденных детей через центральный венозный катетер (ЦВК) следует учитывать, что в отличие от коротких периферических венозных катетеров через ЦВК разрешается вводить лекарственные препараты и трансфузионные среды с осмолярностью		
	*		более 600 - 850 мОсм/л		
			исключительно менее 280 мОсм/л		
			менее 500 – 600 мОсм/л		
			исключительно более 1000 мОсм/л		
29			Одним из преимуществ использования центральных венозных катетеров для обеспечения сосудистого доступа у новорожденных детей является		
	*		широкий спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
			разрешенная длительность стояния катетера в сосуде меньше, чем у коротких периферических венозных катетеров		
			ограниченный спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
			запрет на введение препаратов с агрессивными химическими свойствами		
30			Одним из недостатков использования центральных венозных катетеров для		

			обеспечения сосудистого доступа у новорожденных детей является		
	*		необходимость рентгенологической верификации локализации дистального конца сосудистого катетера		
			большая разрешенная длительность стояния катетера в сосуде		
			относительно низкий риск развития инфекционных и иных осложнений по сравнению с периферическими венозными катетерами согласно общемировым данным		
			ограниченный спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
31			Одним из недостатков использования центральных венозных катетеров для обеспечения сосудистого доступа у новорожденных детей является		
	*		запрет на введение препаратов донорской крови и её компонентов		
			большая разрешенная длительность стояния катетера в сосуде		
			относительно низкий риск развития инфекционных и иных осложнений по сравнению с центральными венозными катетерами согласно общемировым данным		
			узкий спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
32			Одним из недостатков использования центральных венозных катетеров для обеспечения сосудистого доступа у новорожденных детей является		
	*		необходимость проведения инфузионной терапии 24 часа в сутки во избежание выхода глубокой венозной линии из строя вследствие тромбоза		
			большая разрешенная длительность стояния		

			катетера в сосуде		
			относительно низкий риск развития инфекционных и иных осложнений по сравнению с центральными венозными катетерами согласно общемировым данным		
			узкий спектр разрешенных для введения трансфузионных сред и лекарственных препаратов		
33			К возможным осложнениям катетеризации сосудов и проведения внутривенной терапии у новорожденных детей можно отнести		
	*		воздушную эмболию		
			гиперкальциемию		
			гипокапнию		
			полицитемию		
34			К возможным осложнениям катетеризации сосудов и проведения внутривенной терапии у новорожденных детей можно отнести		
	*		катетер-ассоциированную инфекцию		
			гиперкальциемию		
			гипокапнию		
			полицитемию		
35			К возможным осложнениям катетеризации сосудов и проведения внутривенной терапии у новорожденных детей можно отнести		
	*		флебит (механический, химический и инфекционный)		
			гиперкальциемию		
			гипокапнию		
			полицитемию		
36			К возможным осложнениям катетеризации сосудов и проведения внутривенной терапии у новорожденных детей можно отнести		
	*		тромбоз		
			гиперкальциемию		
			гипокапнию		

			полицитемию		
37			Чтобы не оказать чрезмерно высокое давление при проведении инфузионной терапии у новорожденного ребенка венозный катетер рекомендуется промывать раствором гепарина с использованием шприцев объемом		
	*		не менее 5 – 10 мл		
			не менее 20 мл		
			не более 1 мл		
			не более 2 мл		
38			При каждой манипуляции с сосудистым катетером, через который проводится инфузионная терапия новорожденному ребенку, рекомендуется 30-секундная обработка места соединения катетера с инфузионной системой		
	*		70% раствором медицинского спирта		
			октенисептом		
			водой для инъекций		
			5% раствором йода		
39			Смену асептической повязки, фиксирующей сосудистый катетер, через который проводится инфузионная терапия новорожденному ребенку, рекомендуется проводить		
	*		по необходимости (при неплотном ее прикреплении или загрязнении) или каждые 5 – 7 дней		
			ежедневно		
			строго 1 раз в неделю		
			1 раз в 3 дня		
40			Причиной удаления сосудистого катетера, через который проводилась инфузионная терапия новорожденному ребенку, может быть		
	*		развитие осложнений, связанных проведением инфузионной терапии		
			проведение микробиологического исследования катетера		

			перевод пациента в другой стационар		
			смерть пациента		
1	1	3			
1			У доношенных новорожденных, перенёсших тяжёлую асфиксию в родах, одним из наиболее типичных вариантов поражения ЦНС являются:		
			перивентрикулярные лейкомаляции		
	*		субкортикальные лейкомаляции		
			интравентрикулярное (внутрижелудочковое) кровоизлияние		
			эпидуральные кровоизлияния		
2			У доношенных новорожденных, перенёсших тяжёлую асфиксию в родах, одним из наиболее типичных вариантов поражения ЦНС являются:		
			субдуральные кровоизлияния		
			перивентрикулярные лейкомаляции		
	*		ишемия подкорковых ядер (Status marmoratus)		
			интравентрикулярное (внутрижелудочковое) кровоизлияние		
3			Одним из факторов, учитываемых при определении тактики вакцинации ребенка с перинатальной патологией, является		
			прибавка в массе тела		
	*		срок ремиссии неонатальных судорог		
			гестационный возраст на момент рождения		
			паспортный возраст		
4			Неонатальными называют судороги, возникшие		
			в первые 28 дней жизни		
	*		в первые 28 дней жизни у доношенных новорожденных, до 44-й недели постменструального возраста у недоношенных детей		
			в первые 7 дней после рождения		
			в первые 3 суток после рождения		
5			Частота возникновения неонатальных судорог		

	*		обратно пропорциональна гестационному возрасту новорожденных детей		
			прямо пропорциональна гестационному возрасту новорожденных детей		
			не имеет связи с гестационным возрастом новорожденных детей		
			прямо пропорциональна возрасту новорожденных детей		
6			В этиологии неонатальных судорог ведущую роль играют		
	*		гипоксически-ишемические поражения ЦНС		
			эпилептические синдромы с дебютом в неонатальном периоде		
			родовые травмы		
			врожденные пороки развития головного мозга		
7			Для доброкачественных несемейных неонатальных судорог характерен		
			дебют приступов в первые 24 часа жизни		
	*		дебют приступов на 4-6 день жизни		
			дебют приступов на 3-й неделе жизни		
			дебют приступов на 2-й неделе жизни		
8			Для доброкачественных семейных неонатальных судорог характерным типом наследования является		
			аутосомно-рецессивный тип наследования		
			X-сцепленный тип наследования		
	*		аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью		
			аутосомно-доминантный тип наследования		
9			Неонатальные эпилептические энцефалопатии характеризуются		
	*		изменениями на электроэнцефалограмме как в приступном, так и в межприступном периоде, во сне и бодрствовании		
			отсутствием изменений на электроэнцефалограмме в межприступный		

			период		
			наличием изменений на электроэнцефалограмме только в состоянии сна		
			наличием изменений на электроэнцефалограмме только в состоянии бодрствования		
10			Неконтролируемые/нелеченные судороги		
			не влияют на исход заболевания		
	*		могут ухудшить отдаленный неврологический исход независимо от тяжести исходного церебрального повреждения		
			влияют на исход заболевания только при исходно тяжелых церебральных повреждениях		
			влияют на исход заболевания в зависимости от гестационного возраста ребенка		
11			Какой клинический тип приступов наиболее прогностически неблагоприятен в отношении дальнейшего психомоторного развития ребенка?		
			атипичные приступы		
			фокальные тонические приступы		
	*		миоклонические приступы		
			фокальные клонические приступы		
12			Неонатальный тремор является		
			проявлением «судорожной готовности»		
			симптомом эпилептической энцефалопатии		
	*		неэпилептическим пароксизмальным состоянием у новорожденных		
			атипичным проявлением неонатальных судорог		
13			Одним из клинических признаков, позволяющим дифференцировать тремор от клонических судорог, является		
			наличие вегетативных изменений		
	*		возможность быть остановленным при пассивном сгибании и удержании конечности		
			спонтанность возникновения		
			наличие сопутствующих офтальмических феноменов		

14			Доброкачественные неонатальные миоклонии сна		
			сопровождаются специфической активностью на электроэнцефалограмме		
	*		исчезают при пробуждении		
			всегда спонтанны		
			характеризуются четкой фокальностью		
15			Одним из клинических дифференциально-диагностических признаков, характеризующих тоническое мышечное напряжение несудорожного генеза, является		
			спонтанность возникновения		
			отсутствие изменений мышечного напряжения при изменении положения ребенка		
			отсутствие приступных изменений на ЭЭГ		
	*		уменьшение или усиление мышечного напряжения при изменении положения ребенка		
16			Офтальмические судороги		
			не сопровождаются нарушением ритма дыхания		
	*		могут сопровождаться приступами апноэ		
			не сопровождаются специфическими двигательными реакциями (застывание, вздрагивание и др.)		
			индуцированы внешними раздражителями		
17			Амплитудно-интегрированная электроэнцефалография позволяет		
			определять этиологию неонатальных судорог		
			определять характер структурного поражения центральной нервной системы		
			определять этиологию церебрального поражения у новорожденного		
	*		оценивать степень тяжести нарушения функционального состояния центральной нервной системы		
18			Амплитудно-интегрированная		

			электроэнцефалография позволяет		
			определять этиологию неонатальных судорог		
			определять характер структурного поражения центральной нервной системы		
	*		диагностировать неонатальные судороги, в том числе, субклинические		
			определять этиологию церебрального поражения у новорожденного		
19			Одним из диагностических ограничений метода амплитудно-интегрированной ЭЭГ является		
			возможность постоянного контроля качества контакта регистрирующих электродов (измерение импеданса)		
	*		малое количество каналов регистрации снижает точность диагностики фокальных приступов		
			возможность длительной регистрации, в том числе, на фоне проводимых медицинских манипуляций		
			возможность маркировки событий при длительной регистрации		
20			Основным методом объективной диагностики неонатальных судорог является		
			мониторинг церебральных функций методом амплитудно-интегрированной ЭЭГ		
	*		многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг		
			магнитно-резонансная томография		
			компьютерная томография		
21			Судорожная активность в аЭЭГ обычно видна как		
			резкое снижение максимальной амплитуды		
	*		резкое увеличение минимальной амплитуды с /без увеличения максимальной амплитуды		
			резкое увеличение максимальной амплитуды		
			постепенное увеличение минимальной амплитуды		
22			При неонатальных судорогах на фоне течения нейроинфекции этиотропной терапией являются		

	*		антибактериальные и/или противовирусные препараты		
			антиконвульсанты первой линии		
			антиконвульсанты второй линии		
			гормональные препараты		
23			Одним из показаний к назначению препаратов второй линии является		
			резистентность судорог к базовой терапии фенобарбиталом, фенитоином в течение 3 дней от начала терапии		
			судороги при отсутствии структурных изменениях головного мозга		
	*		резистентность судорог к базовой терапии фенобарбиталом, фенитоином в течение 7 дней от начала терапии		
			регистрация субклинических приступов на аЭЭГ/ЭЭГ		
24			Одним из показаний к назначению препаратов второй линии является		
			судороги при отсутствии структурных изменениях головного мозга		
			резистентность судорог к базовой терапии фенобарбиталом, фенитоином в течение 14 дней от начала терапии		
			регистрация субклинических приступов на аЭЭГ/ЭЭГ		
	*		серийный характер приступов, статусное течение		
25			Одним из показаний к назначению препаратов второй линии является		
			регистрация субклинических приступов на аЭЭГ/ЭЭГ		
			резистентность судорог к базовой терапии фенобарбиталом, фенитоином в течение 3 дней от начала терапии		
			судороги при отсутствии структурных изменениях головного мозга		
	*		судороги при ранних тяжелых структурных		

			изменениях головного мозга		
26			Одним из факторов, определяющих длительность применения антиконвульсантов при неонатальных судорогах, является		
			гестационный возраст ребенка		
	*		этиология судорог, т.е. риск возобновления приступов за пределами неонатального периода		
			постнатальный возраст ребенка		
			дозировка антиконвульсанта, позволившая достичь медикаментозной ремиссии		
27			Одним из факторов, определяющих длительность применения антиконвульсантов при неонатальных судорогах, является		
			постнатальный возраст ребенка		
			дозировка антиконвульсанта, позволившая достичь медикаментозной ремиссии		
			гестационный возраст ребенка		
	*		наличие стойкой очаговой неврологической симптоматики		
28			Одним из факторов, определяющих длительность применения антиконвульсантов при неонатальных судорогах, является		
	*		динамика ЭЭГ (при эпилептическом характере приступов)		
			гестационный возраст ребенка		
			постнатальный возраст ребенка		
			дозировка антиконвульсанта, позволившая достичь медикаментозной ремиссии		
29			Одним из противопоказаний к ранней отмене антиконвульсантной терапии неонатальных судорог без контроля ЭЭГ является		
			недоношенность менее 28 недель гестации		
			экстремально низкая масса тела при рождении		
			отсутствие грубых структурных нарушений по данным нейровизуализации		
	*		неустановленная этиология неонатальных		

			судорог		
30			Одним из противопоказаний к ранней отмене антиконвульсантной терапии неонатальных судорог без контроля ЭЭГ является		
			недоношенность менее 28 недель гестации		
	*		регистрация субклинических ЭЭГ-паттернов приступов при клинической ремиссии судорог в условиях ОРИТ		
			экстремально низкая масса тела при рождении		
			отсутствие грубых структурных нарушений по данным нейровизуализации		
31			Электроэнцефалография как метод исследования основана на		
			регистрации вызванной электрической активности сенсорных систем головного мозга		
			регистрации активности корковых и подкорковых структур головного мозга		
			регистрация изменения электрической активности головного мозга в ответ на зрительную стимуляцию		
	*		регистрации спонтанной электрической активности головного мозга		
32			Первичным показателем (маркером) созревания циклической вариабельности биоэлектрической активности головного мозга по данным аЭЭГ является		
			увеличение прерывистости тренда		
			увеличение максимальной амплитуды тренда		
			уменьшение минимальной амплитуды тренда		
	*		появление вариабельности нижнего края тренда		
33			Правильной последовательностью этапного применения нейрофизиологических методов обследования является		
	*		аЭЭГ - многоканальная ЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг		
			многоканальная ЭЭГ - аЭЭГ - многоканальный		

			видео-ЭЭГ мониторинг		
			многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг - аЭЭГ - многоканальная ЭЭГ		
			многоканальная ЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг - аЭЭГ		
34			Данные аЭЭГ интерпретируют исходя из		
			гестационного возраста ребенка		
			паспортного возраста ребенка		
	*		скорректированного возраста ребенка		
			хронологического возраста ребенка		
35			Первым шагом при анализе тренда ЭЭГ является		
	*		контроль импеданса (определение качества записи)		
			определение длительности записи		
			определение наличия судорог		
			определение длительности судорог		
36			Длительность сна доношенного новорожденного в норме составляет		
			10 часов		
	*		16 часов		
			8 часов		
			24 часа		
37			Для эпилептических неонатальных апноэ характерны		
	*		кратковременные эпизоды задержки дыхания без брадикардии		
			эпизоды задержки дыхания, сопровождающиеся брадикардией		
			движения глазных яблок случайного, блуждающего характера		
			ритмичные сокращения мышечных групп конечностей		
38			Диагностические мероприятия при впервые возникших неонатальных судорогах		

			ночной видео-ЭЭГ-мониторинг		
			электронейромиография		
	*		определение уровня электролитов крови		
			MPT головного мозга		
39			Диагностические возможности мониторинга церебральных функций методом амплитудно-интегрированной ЭЭГ:		
			локализация источника судорожной активности		
	*		оценка непрерывности активности и наличия пароксизмальности		
			оценка наличия очаговых поражений		
			определение характера структурного повреждения головного мозга		
40			Характеристика аЭЭГ паттерна приступа неонатальных судорог зависит от		
			гестационного возраста ребенка		
			скорректированного возраста ребенка		
	*		терапии на момент регистрации аЭЭГ		
			наличия структурного повреждения головного мозга		
41			Наиболее часто ошибки в диагностике неонатальных судорог возникают		
	*		у недоношенных новорожденных		
			у доношенных детей		
			в случае высокой амплитуды патологической активности		
			при макроцефалии		
42			Наиболее часто ошибки в диагностике неонатальных судорог возникают		
			у детей с гестационным возрастом 37 и более недель		
			при расширении боковых желудочков головного мозга		
			на фоне лихорадки		
	*		на фоне гипотермии		

43			Основные процессы, определяющие развитие паттерна ЭЭГ:		
			расширение ликворных пространств		
			снижение физиологического гипертонуса мышц сгибателей		
			прибавка веса за первый месяц		
	*		созревание синаптического аппарата коры головного мозга		
44			Показанием к электроэнцефалографическому обследованию у детей первого года жизни с перинатальными постгипоксическими поражениями ЦНС является		
	*		поражения тяжелой степени		
			простые фебрильные судороги		
			дискинезия желудочно-кишечного тракта		
			клинические признаки внутричерепной гипертензии		
45			Показанием к электроэнцефалографическому обследованию у детей первого года жизни с перинатальными постгипоксическими поражениями ЦНС является		
			доброкачественные миоклонии сна		
			ускоренный темп прироста окружности головы		
			повторные простые фебрильные судороги		
	*		несоответствие тяжести неврологической симптоматики данным нейровизуализации		
46			Основными техническими требованиями к регистрации ЭЭГ у новорожденных и детей первого года жизни являются:		
	*		недопустимость применения снотворных препаратов при исследовании сна		
			отмена антиэпилептических препаратов при исследовании сна		
			регистрация ЭЭГ в фазе переходного сна		
			регистрация ЭЭГ в состоянии бодрствования с проведением функциональных проб		

47			К характеристикам онтогенетических маркеров созревания биоэлектрической активности головного мозга относят		
			наличие локального подавления активности		
	*		длительность периодов альтернации (снижения амплитуды) в фазе спокойного сна		
			наличие гипсаритмии		
			лабильность (неустойчивость) состояний цикла сон-бодрствование		
48			Специфические изменения на ЭЭГ, характеризующие приступный период у новорожденных и детей первых месяцев жизни		
	*		пик-волна		
			нарушение коркового ритма		
			веретена сигма-ритма		
			сон с быстрыми движениями глаз		
49			Диагностические возможности неонатальной ЭЭГ включают:		
			объективную оценку мышечного тонуса и рефлексов		
			установление этиологии острых симптоматических неонатальных судорог		
	*		оценку соответствия уровня зрелости ЦНС возрасту ребенка (диагностика задержки развития)		
			выявление транзиторных метаболических нарушений		
50			Диагностические возможности неонатальной ЭЭГ включают:		
	*		оценку терапевтической эффективности медикаментозного лечения		
			определение уровня концентрации антиэпилептического препарата		
			выявление хромосомных и нейрокожных синдромов		
			выявление симптомокомплекса "вялый ребенок"		

1	1	4			
1			Под неонатальной смертностью подразумевают число детей, умерших в течение первых полных _____ из 1000 живорождённых		
			1 суток жизни (0 дней 23 час. 59 мин.)		
	*		28 суток жизни (27 дней 23 час. 59 мин.)		
			10 суток жизни (9 дней 23 час. 59 мин.)		
			7 суток жизни (6 дней 23 час. 59 мин.)		
2			Низкой массой тела при рождении считают показатель менее		
	*		2500 г		
			3000 г		
			4000 г		
			1000 г		
3			Доношенной считается беременность, которая длится в интервале		
			от 36 до 38 полных недель		
	*		от 37 до 42 полных недель		
			от 39 до 43 полных недель		
			от 35 до 40 полных недель		
4			В Российской Федерации с 2012 года за критерий жизнеспособности плода (новорожденного ребенка) принимается срок беременности, равный		
			20 неделям		
	*		22 неделям		
			24 неделям		
			28 неделям		
5			Ранним неонатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с		
			периода наступления жизнеспособности плода (с 22 полных недель гестации) и заканчивающийся в 7 полных суток жизни		
			момента полного извлечения продукта зачатия из организма матери и заканчивающийся через 28 суток после родов		

	*		момента рождения плода и заканчивающийся через 7 суток после родов		
			периода зачатия и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) постнатальной жизни		
6			Экстремально низкой (крайне низкой) массой тела при рождении принято считать массу тела новорожденного ребенка менее		
	*		1000 граммов		
			2500 граммов		
			2000 граммов		
			1500 граммов		
7			Переношенным считают ребенка, родившегося при сроке беременности более		
			37 недель		
			40 недель		
			41 недели		
	*		42 недель		
8			Под фетопатиями понимают		
			патологические изменения в половых клетках, произошедшие до оплодотворения и приводящие к спонтанному прерыванию беременности, врожденным порокам развития, наследственным заболеваниям		
			повреждения зиготы в первую неделю после оплодотворения, вызывающие гибель зародыша, спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития систем и органов		
			поражения зародыша в период от момента прикрепления его к стенке матки (15-й день после оплодотворения) до формирования плаценты (75-й день внутриутробной жизни), вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, образование тератом		
	*		болезни плода, возникающие с 76-ого дня внутриутробной жизни до начала родов, вызывающие спонтанное прерывание		

			беременности, врожденные пороки развития, гипоплазии и дисплазии органов и тканей, задержку внутриутробного развития, врожденные заболевания		
9			Оценка нейромышечной зрелости по шкале Баллард не включает в себя определение такого признака как		
			квадратное окно		
			ответная реакция руки		
			притягивание пятки к уху		
	*		симптом «бледного пятна»		
10			Освобождение легких от фетальной легочной жидкости в интранатальном и раннем постнатальном периодах происходит, в основном, за счет		
			излития жидкости из дыхательных путей через рот и нос		
	*		всасывания легочной жидкости в паренхиму легких		
			испарения жидкости при дыхании путем перспирации		
			активной аспирации фетальной легочной жидкости при оказании первичной реанимационной помощи		
11			Для предотвращения слипания альвеол во время глубокого выдоха у новорожденного ребенка важным фактором является запуск синтеза		
	*		сурфактанта		
			катехоламинов		
			оксида азота		
			кортикостероидов		
12			Боталлов проток соединяет		
	*		Лёгочную артерию с аортой		
			Пупочную вену с нижней полой веной		
			Пупочную артерию с аортой		
			Лёгочную артерию с пупочной веной		

13			В первые сутки после рождения здорового доношенного новорожденного ребенка производится вакцинация против		
			коклюша, дифтерии и столбняка		
	*		гепатита В		
			туберкулеза		
			полиомиелита		
14			Скрининг новорожденных детей на наличие наследственных заболеваний обмена веществ проводят		
			для доношенных и недоношенных на 7-е сутки жизни		
			для доношенных и недоношенных детей на 4-е сутки жизни		
			для доношенных детей на 2-е сутки жизни, для недоношенных детей на 5-е сутки жизни		
	*		для доношенных детей на 4-е сутки жизни, для недоношенных детей на 7-ые и 14-е сутки жизни		
15			Грудное вскармливание разрешено при		
			ВИЧ-инфицировании матери новорожденного		
	*		гепатите В и С у матери новорожденного		
			открытой форме туберкулеза у матери новорожденного		
			эклампсии в родах у матери новорожденного		
16			Отсроченное пережатие и пересечение пуповины должно проводиться после извлечения ребенка в родах в интервале		
	*		от 30 до 120 секунд		
			от 3-х до 5-и минут		
			от 5 до 10 минут		
			после 10 минут, после отделения плаценты		
17			К транзиторным изменениям кожных покровов у новорожденных детей не относят		
			акне новорожденных		
	*		везикулопустулез		

			токсическая эритема		
			транзиторный неонатальный пустулярный меланоз		
18			Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется		
			концентрацией билирубина в пуповинной крови более 51 мкмоль/л		
			почасовым приростом билирубина более 8,5 мкмоль/л		
	*		появлением желтухи спустя 36 - 48 часов после рождения		
			повышением общего билирубина в сыворотке крови за счет прямой фракции		
19			Под задержкой внутриутробного роста плода понимают		
			показатель массы тела плода ниже 10 перцентиля от должествующей для данного срока гестации		
			показатель длины тела плода ниже 25 перцентиля от должествующей для данного срока гестации		
			показатели массы и длины тела плода ниже 10 перцентиля от должествующих для данного срока гестации		
	*		показатели массы и длины тела плода ниже 10 перцентиля от должествующих для данного срока гестации при наличии признаков нарушения плодового кровообращения		
20			В основе патогенеза диабетической фетопатии лежит		
			гиперинсулинизм беременной женщины		
			гиперкортицизм беременной женщины		
			гипоинсулинизм плода		
	*		гиперинсулинизм плода		
21			Физиологические показатели концентрации глюкозы в сыворотке крови у новорожденных детей независимо от времени суток и кормления		

			должны быть не менее		
			3,3 ммоль/л		
			1,1 ммоль/л		
			1,7 ммоль/л		
	*		2,6 ммоль/л		
22			Физиологические показатели концентрации натрия в сыворотке крови у новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах		
			125 – 130 ммоль/л		
			140 – 150 ммоль/л		
			120 – 140 ммоль/л		
	*		135 – 145 ммоль/л		
23			При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются		
	*		бифидобактерии		
			кишечные палочки		
			энтерококки		
			стафилококки		
24			Созревание акта сосания и его синхронизация с глотанием происходит у новорожденных детей после		
			26 недель гестации		
			36 недель гестации		
	*		32 недель гестации		
			28 недель гестации		
25			Рефлексы орального автоматизма характеризуют функции		
	*		V, VII, XII черепных нервов		
			III, IV, V черепных нервов		
			IV, VI, XII черепных нервов		
			V, X, XI черепных нервов		
26			На ЭКГ здорового новорожденного ребенка преобладают потенциалы		
	*		правого желудочка		

			левого желудочка		
			правого предсердия		
			левого предсердия		
27			Наиболее частой причиной истинного врожденного стридора является		
			наличие тяжей и спаек в области голосовой щели		
			парез голосовых связок		
			стеноз гортани		
	*		врожденная слабость хрящевого каркаса гортани		
28			Физиологические показатели концентрации альбумина в сыворотке крови у новорожденных детей находятся в пределах		
			25 – 55 г/л		
			15 - 25 г/л		
	*		30 – 40 г/л		
			40 - 60 г/л		
29			Оценку физического и нервно-психического развития недоношенного ребенка следует проводить на		
			паспортный возраст		
			гестационный возраст при рождении		
			постменструальный возраст		
	*		скорректированный возраст		
30			Одним из частых осложнений глубокой санации ротоглотки при обеспечении медицинской помощи ребенку в родильном зале является развитие		
			синдрома аспирации околоплодных вод		
			пневмоторакса		
	*		брадикардии		
			легочного кровотечения		
31			Мешок Амбу, который можно использовать для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) ребенку в родильном зале, является		

			поточнорасправляющимся мешком		
			ручным аппаратом ИВЛ с Т-образным коннектором		
	*		саморасправляющимся мешком		
			высокочастотным аппаратом ИВЛ		
32			С целью обеспечения безопасности при проведении принудительной вентиляции легких новорожденному ребенку в саморасправляющемся мешке имеется клапан сброса избыточного давления, который обычно настроен на величину		
			40 мм ртутного столба		
	*		40 см водного столба		
			5 см водного столба		
			25 мм ртутного столба		
33			В процессе первых вдохов после рождения у детей формируется		
	*		функциональная остаточная ёмкость легких		
			объем форсированного выдоха		
			объем «мертвого» пространства		
			ударный объем		
34			Рекомендуемая доза раствора адреналина, вводимого внутривенно в разведении 1:10000 с целью оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет		
	*		0,01 – 0,03 мг/кг		
			0,03 – 0,1 мг/кг		
			0,1 – 0,3 мг/кг		
			1,0 – 3,0 мг/кг		
35			Рекомендуемая доза раствора адреналина, вводимого эндотрахеально в разведении 1:10000 с целью оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет		
			0,03 – 0,1 мл/кг		
			0,01 – 0,03 мл/кг		
			2,0 – 3,0 мл/кг		

	*		0,3 – 1,0 мл/кг		
36			Механизм действия адреналина как лекарственного препарата заключается в		
	*		возбуждении симпатической нервной системы		
			возбуждении парасимпатической нервной системы		
			угнетении как симпатической, так и парасимпатической нервной системы		
			угнетении симпатической нервной системы		
37			Одним из фармакологических эффектов адреналина как лекарственного препарата является		
	*		повышение силы сокращений сердца (положительный инотропный эффект)		
			снижение автоматизма сердца (отрицательный батмотропный эффект)		
			снижение частоты сердечных сокращений (отрицательный хронотропный эффект)		
			повышение перфузии периферических тканей		
38			Одним из фармакологических эффектов адреналина как лекарственного препарата является		
	*		снижение тонуса гладкой мускулатуры бронхов (расширение бронхов)		
			повышение перфузии периферических тканей		
			снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)		
			снижение секреции ренина		
39			Применение СРАР в родильном зале противопоказано детям с		
	*		кровотечением (легочным, желудочным)		
			признаками внутриутробной инфекции		
			признаками гемолитической болезни		
			признаками диабетической фетопатии		
40			Конечными продуктами обмена лактозы		

			являются		
			лактаза и сахароза		
			глюкоза и фруктоза		
	*		галактоза и глюкоза		
			мальтоза и мальтодекстрин		
41			В основе патогенеза галактоземии лежит		
			увеличение содержания галактозы в молоке матери		
	*		нарушение ферментативного превращения галактозы в глюкозу		
			дефицит галактозы в питании ребенка		
			нарушение ферментативного расщепления лактозы на галактозу и глюкозу		
42			Разница пульса на правой лучевой и бедренной артериях характерна для		
	*		коарктации аорты		
			аномального легочного дренажа легочных вен		
			дефекта межжелудочковой перегородки		
			тетрады Фалло		
43			Для профилактики синдрома дыхательных расстройств новорожденного беременным женщинам с угрозой преждевременных родов предпочтительнее вводить		
			Гидрокортизон		
			Преднизолон		
	*		Дексаметазон		
			Тиреоидин		
44			Основным методом лечения фенилкетонурии является		
			заместительная энзимотерапия		
			введение витамина B6		
			добавление фенилаланина в питание ребенка		
	*		ограничение фенилаланина в питании ребенка		
45			Какие иммуноглобулины, содержащиеся в		

			грудном молоке, обеспечивают местный иммунитет кишечника у новорожденных детей?		
	*		IgA		
			IgM		
			IgG		
			IgE		
46			Что показано назначить доношенному ребенку от матери, страдающей сахарным диабетом, родившемуся в удовлетворительном состоянии, у которого в возрасте 2-х часов жизни развились неонатальные судороги?		
	*		10%-ный раствор глюкозы		
			фенобарбитал		
			10%-ный раствор кальция глюконата		
			25%-ный раствор сульфата магния		
47			Критерием полицитемии у новорожденных детей принято считать показатель гематокрита более		
	*		65%		
			45%		
			55%		
			60%		
48			Состояние респираторного алкалоза у новорожденных детей диагностируют, если		
	*		pH 7,45 и выше, BE + 2 мэкв/л, pCO ₂ менее 30 мм рт.ст		
			pH 7,5 и выше, BE + 5 мэкв/л, pCO ₂ более 50 мм рт.ст		
			pH 7,25 и ниже, BE - 2 мэкв/л, pCO ₂ менее 30 мм рт.ст		
			pH 7,15 и ниже, BE -13 мэкв/л, pCO ₂ более 50 мм рт.ст		
49			Для новорожденных детей нижняя граница допустимого среднего артериального давления составляет		
	*		30 мм рт ст		
			20 мм рт ст		

			50 мм рт ст		
			40 мм рт ст		
50			Патологическая гипербилирубинемия характеризуется повышением концентрации общего билирубина в сыворотке крови у доношенных новорожденных детей		
	*		256 мкмоль/л		
			135 мкмоль/л		
			171 мкмоль/л		
			300 мкмоль/л		
51			Основной причиной желтухи при ABO конфликте является		
			сочетанное нарушение конъюгации и экскреции билирубина		
	*		гиперпродукция билирубина за счет гемолиза		
			нарушение конъюгации билирубина в гепатоцитах		
			нарушение экскреции билирубина в кишечник		
52			Периодом формирования клинической картины неврологических осложнений при билирубиновой энцефалопатии является		
			8 - 9-й месяц жизни		
			10 – 12 месяц жизни		
	*		3 - 5-й месяц жизни		
			2 - 3-й месяц жизни		
53			Классическая форма геморрагической болезни новорожденных проявляется		
	*		на 2-5 сутки жизни		
			при рождении		
			на 1-2 сутки жизни		
			на 8-10 сутки жизни		
54			Синдром утечки воздуха чаще всего осложняет течение		
	*		синдрома аспирации мекония		

			респираторного дистресс-синдрома		
			транзиторного тахипноэ новорожденных		
			отека легких		
55			При подозрении на пневмоторакс у новорожденного ребенка согласно порядку оказания медицинской помощи первым методом диагностики является		
	*		рентгенография органов грудной клетки		
			ультразвуковое исследование легких		
			компьютерная томография органов грудной клетки		
			магнитно-резонансная томография органов грудной клетки		
56			Наиболее частым признаком гликозидной интоксикации у детей является		
			желудочковая тахикардия		
			синусовая брадикардия		
			атриовентрикулярная блокада		
	*		желудочковая экстрасистолия		
57			Первым симптомом билирубиновой интоксикации у новорожденных детей является		
			резкое возбуждение		
			повышение мышечного тонуса		
	*		появление симптомов угнетения		
			ригидность затылочных мышц		
58			Контроль безопасности и эффективности дотации жировых эмульсий при парентеральном питании оценивают путем контроля концентрации		
			холестерина в сыворотке крови		
	*		триглицеридов в сыворотке крови		
			АЛТ, АСТ в сыворотке крови		
			триглицеридов в каловых массах		
59			В периферическую вену можно вводить водные растворы с концентрацией глюкозы менее		

	*		12,5%		
			10%		
			22,5%		
			5%		
60			Одной из функций «трофического питания» является		
			обеспечение минимальной энергетической потребности новорожденного ребенка		
			обеспечение необходимого новорожденному ребенку количества белков, жиров, углеводов		
	*		стимуляция созревания кишечника		
			запуск местного иммунитета кишечника		
61			На ранней стадии септического шока для лечения новорожденного ребенка, в первую очередь, проводят		
	*		коррекцию объема циркулирующей крови растворами кристаллоидов		
			коррекцию кислотно-щелочного состояния крови раствором натрия гидрокарбоната		
			заместительную терапию препаратами иммуноглобулинов для внутривенного введения		
			коррекцию анемии препаратами крови		
62			Инотропным препаратом первой линии при септическом шоке у новорожденных детей является		
	*		допамин		
			добутамин		
			адреналин		
			норадреналин		
63			При проведении операции заменного переливания крови (ОЗПК) при АВО конфликте правильной комбинацией препаратов крови является сочетание		
			однотипной резус-отрицательной эритроцитной массы и однотипной свежемороженой плазмы		
			эритроцитной массы 0 (I) группы резус-отрицательной и		

			свежезамороженной плазмы АВ (IV) группы		
	*		эритроцитарной массы 0 (I) группы резус-принадлежности ребенка и свежезамороженной плазмы АВ (IV) группы		
			препаратов крови от индивидуально подобранного донора		
64			Одним из симптомов синдрома Грегга при врожденной краснухе является		
			гидроцефалия		
	*		глухота		
			расщелина твердого неба		
			фокомелия		
65			Хориоретинит наиболее характерен для		
	*		токсоплазмоза		
			ВИЧ-инфекции		
			кандидоза		
			коронавирусной инфекции		
66			Субарахноидальное пространство находится между		
			надкостницей и паутинной оболочкой		
			твердой и мягкой оболочками		
	*		паутинной и мягкой мозговыми оболочками		
			надкостницей и твердой мозговой оболочкой		
67			Циркуляция ликвора осуществляется в направлении		
			IV желудочек - III желудочек - водопровод мозга		
			субарахноидальное пространство		
			субарахноидальное пространство - IV желудочек - водопровод мозга - III желудочек		
			субарахноидальное пространство - IV желудочек - водопровод мозга - боковые желудочки		
	*		боковые желудочки - III желудочек - водопровод мозга - IV желудочек - субарахноидальное пространство		
68			Одним из абсолютных показаний к неотложному		

			проведению люмбальной пункции в роддоме является		
			подозрение на внутричерепное кровоизлияние		
	*		повторный эпизод судорог		
			подозрение на внутриутробную инфекцию		
			неонатальная кома		
69			Общемозговые симптомы у новорожденных детей включают		
			мышечную гипотонию		
			мышечный гипертонус		
			бледность кожных покровов		
	*		судороги		
70			Одним из общемозговых симптомов у новорожденных детей является		
			мышечная гипотония		
			мышечный гипертонус		
			ригидность затылочных мышц		
	*		рвота, срыгивания		
71			Одним из противопоказаний к неотложному проведению люмбальной пункции является		
			судорожная активность неясной этиологии		
	*		ДВС-синдром		
			наличие у недоношенного ребенка признаков системной воспалительной реакции при отсутствии других подтвержденных очагов инфекции		
			прогрессирующее угнетение или возбуждение неясной этиологии		
72			Главным клинико-диагностическим признаком кефалогематомы является		
			болезненность при пальпации		
			сочетание с линейным переломом черепа		
	*		отчётливое отграничение по линии черепных швов		
			выраженная флюктуация при пальпации		

73			При параличе Эрба - Дюшена (проксимальный тип) повреждаются спинномозговые корешки, исходящие из		
	*		сегментов спинного мозга C5-C6		
			сегментов спинного мозга C1-C4		
			сегментов спинного мозга C7-Th1		
			сегментов спинного мозга Th2-Th6		
74			Одним из основных мероприятий при лечении новорожденных детей с акушерскими парезами и параличами верхних конечностей в родильном доме является		
	*		иммобилизация поражённой конечности «мягким» способом		
			скелетное вытяжение с последующей репозицией смещённых шейных позвонков		
			активная анальгетическая, гемостатическая и стероидная терапия		
			раннее использование сосудорасширяющих и нейротрофических средств		
75			Обнаружение субэпендимальной псевдокисты в передних отделах бокового желудочка при проведении нейросонографии у недоношенного ребёнка в возрасте 3 суток жизни указывает на наличие		
			внутрижелудочкового кровоизлияния		
			порока развития головного мозга		
	*		перенесённого антенатально кровоизлияния в герминальный матрикс		
			текущей внутриутробной вирусной инфекции		
76			Правильной последовательностью этапного применения нейрофизиологических методов обследования является		
			многоканальная ЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг – аЭЭГ		
	*		аЭЭГ - многоканальная ЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг		

			многоканальная ЭЭГ - аЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг		
			многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг - аЭЭГ - многоканальная ЭЭГ		
77			Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение кислотно-основного состояния крови по типу		
			респираторного ацидоза		
	*		лактат-ацидоза		
			Кетоацидоза		
			Алкалоза		
78			Наличие у недоношенного новорожденного ребенка открытого артериального протока с левосторонним сбросом приводит к		
			гиперволемии в большом круге кровообращения		
	*		гиперволемии в малом круге кровообращения		
			гиповолемии в малом круге кровообращения		
			полицитемии в большом круге кровообращения		
80			Основным показателем для расчета необходимого объема 4%-ного раствора гидрокарбоната натрия при коррекции метаболического ацидоза в анализе кислотно-щелочного состояния является		
	*		BE		
			SB		
			AB		
			Na+		
81			Максимальный эффект терапии антенатальными кортикостероидами беременной женщины, направленной на профилактику респираторного дистресс-синдрома плода, развивается спустя _____ после начала терапии		
			168 часов		
			12 часов		
			1 неделю		
	*		24 часа		

82			Закрытие функционирующего артериального протока у новорожденных детей может быть вызвано введением		
	*		ингибитора простагландина Е		
			антагонистов кальциевых каналов		
			сердечных гликозидов		
			диуретиков		
83			Наиболее корректно уровень организации медицинской помощи женщинам и детям отражает следующий показатель		
			рождаемость		
			Смертность		
			количество врачей на душу населения		
	*		младенческая смертность		
			количество перинатальных центров		
84			Кариотип при синдроме Дауна		
			45,X0		
			47,XXY		
	*		47,XX+21		
			45,XX ,5p-		
			45,X0/46,XX		
85			Секвенирование ДНК – это		
			рестрикционное картирование ДНК		
			гидролиз ДНК с помощью рестриктазы		
			позиционное клонирование ДНК		
	*		определение последовательности ДНК нуклеотидов		
			выстраивание клонированных последовательностей в определенном порядке		
86			Для профилактики геморрагической болезни новорожденных в родильном доме применяют		
			витамин А в дозе 5000 МЕ внутримышечно		
	*		витамин К в дозе 1 мг/кг в сутки внутримышечно		
			витамин Е в дозе 6-12 МЕ/кг/сутки внутрь		

			железо в дозе 2 мг/кг/сутки внутрь		
			свежезамороженную плазму внутривенно капельно в дозе 10 мл/кг в сутки		
87			У здоровых доношенных детей к концу первой недели жизни показатель рН капиллярной крови в норме составляет		
			7,25 – 7,35		
			7,25 – 7,45		
	*		7,35 – 7,45		
			7,15 – 7,25		
88			Окружность головы доношенного новорожденного ребенка в норме составляет		
			от 32 до 35 см		
			от 35 до 40 см		
	*		от 34 до 36 см		
			более 38 см		
89			Целевые значения SpO2 – 90-95% у новорождённых детей в норме должны быть достигнуты		
			к 3 минуте жизни		
			к 5 минуте жизни		
	*		к 10 минуте жизни		
			к 15 минуте жизни		
90			При атрезии пищевода у новорожденных детей с дистальным трахеопищеводным свищем проведение ИВЛ до перевязки трахеопищеводного свища может осложниться		
			сердечными аритмиями		
			легочным кровотечением		
	*		разрывом желудка		
			повреждением трахеи		
1	1	5			
91			К инвазивным диагностическим процедурам для пренатальной диагностики относят		

	*		амниоцентез		
	*		биопсию ворсин хориона		
			кардиотокографию		
	*		кордоцентез		
92			Гемодинамические изменения у новорожденных детей в периоде ранней постнатальной адаптации характеризуются		
	*		снижением легочного сосудистого сопротивления и увеличением легочного кровотока		
			снижением почечного кровотока		
	*		увеличением системного сосудистого сопротивления		
	*		прекращением шунтирования крови справа налево через овальное окно		
	*		прекращением шунтирования крови слева направо с направлением из аорты в легочную артерию по артериальному потоку		
93			К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести		
	*		сахарный диабет у матери		
			прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности		
	*		преэклампсию		
	*		гипертензивные синдромы		
	*		кровотечение во II или III триместрах беременности		
94			Особенностями смесей для вскармливания недоношенных детей по сравнению со смесями для доношенных новорожденных детей являются		
	*		более высокое содержание белка		
			более низкое содержание белка		
	*		более высокая калорийность		
			более высокая осмолярность		
	*		повышенное содержание среднецепочечных триглицеридов и полиненасыщенных жирных		

			кислот		
95			Для контроля за эффективностью вскармливания недоношенного ребенка используют следующие биохимические показатели сыворотки крови		
	*		мочевина		
	*		общий белок		
			глюкоза		
			АЛТ, АСТ		
			билирубин общий и прямой		
96			Аборты оказывают отрицательное влияние на здоровье женщин, что проявляется в		
	*		увеличении частоты и тяжести воспалительных заболеваний гениталий		
	*		увеличении показателя материнской смертности		
	*		нарушении репродуктивной функции		
			увеличении показателя младенческой смертности		
			развитии асфиксии у плода		
97			В Российской Федерации тотальный неонатальный скрининг включает скрининговое обследование на следующие перечисленные виды патологических состояний		
	*		фенилкетонурия		
	*		адреногенитальный синдром		
			первичные иммунодефициты		
	*		галактоземия		
	*		муковисцидоз		
98			К методам оценки внутриутробного состояния плода относят		
	*		кардиотокографию		
	*		оценку биофизического профиля плода		
			компьютерную томографию		
	*		ультразвуковое сканирование		
99			Для тремора в отличие от судорог характерны следующие признаки		

			нарушение движения глазных яблок, зрачков		
	*		движения конечностей с высокой чувствительностью к стимуляции		
	*		прекращение движений при пассивном сгибании конечности		
			вегетативные реакции		
100			Стартовые диагностические тесты при дебюте неонатальных судорог включают исследования		
	*		концентрации сахара в сыворотке крови		
	*		концентрации электролитов в сыворотке крови		
	*		КЩС крови		
	*		НСГ		
			МРТ		
1	1	6			
1			В каких случаях производится медицинское вмешательство с согласия родственников или законных представителей?		
			Если пациент не достиг 15 лет		
	*		В возрасте до 15 лет и во всех случаях, когда невозможно получить согласие пациента, недееспособные граждане		
			Если пациент не достиг 16 лет		
			В возрасте от 15 до 18 лет при отказе от медицинского вмешательства, недееспособные граждане		
2			В каких случаях, и с какой целью не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну?		
			По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством		
			В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю		
	*		По просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина		

			При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений		
3			Какая на приведенных ниже моделей взаимоотношений “врач-пациент” наиболее рациональная с позиции интересов пациентов?		
			“Инженерно-техническая модель” - врач как специалист		
			“Патерналистская модель” - врач как “духовный отец”		
	*		“Кооперативная модель” - сотрудничество врача и пациента		
			“Договорная модель” - врач как “поставщик”, а пациент - “потребитель медицинских услуг”		
4			Дж. Джуран первым обосновал переход от контроля качества к:		
			Улучшению качества		
			Обеспечению качества		
	*		Управлению качеством		
			Тотальному качеству		
5			Выберите характеристику качества, отражающую оказание медицинской помощи одни и тем же специалистом на протяжении всего курса (если уместно) и соответствующее и своевременное направление пациента:		
			Результативность помощи		
			Эффективность оказания помощи		
	*		Преемственность и непрерывность помощи		
			Доступность помощи		
6			Недостатки в службе сервиса медицинской организации можно определить в результате:		
			Панельного исследования		
			Изучения конъюнктурного обзора		
			Изучения рекламы конкурентов		
	*		Опроса потребителей и работы с жалобами и претензиями		

7			Заказчики (медицинские организации) осуществляют закупки в соответствии:		
	*		С планом закупок		
			С планом-графиком		
			С решением заказчика		
			С планом финансирования		
8			Работник обязан приступить к исполнению трудовых обязанностей:		
	*		Со дня, определенного сторонами трудового договора		
			С момента подписания трудового договора		
			Не позднее следующего дня со дня подписания трудового договора		
			Не позднее одной недели со дня подписания трудового договора		
9			Аттестация врачебного персонала проводится с целью:		
			Определения готовности специалиста к самостоятельной деятельности		
	*		Определения уровня квалификации специалиста, соответствие его профессионально-должностным требованиям		
			Лицензирования профессиональной деятельности		
			Определения разряда оплаты труда работника		
10			Выберите наиболее правильное определение лицензирования:		
			Специальное разрешение, получаемое от государственных органов, на ввоз, вывоз или транзит определенного количества товаров, свободный ввоз или вывоз или транзит которых не допускается		
			Специальное разрешение, предоставляемое владельцем патента право на использование технической документации или запатентованных изобретений		
			Официальный документ, который разрешает		

			осуществление указанного в нем вида медицинской деятельности в течение установленного срока и определяет обязательные для исполнения требования (условия) его осуществления		
	*		Специальное разрешение на осуществление конкретного вида деятельности при обязательном соблюдении лицензионных требований и условий, выданное лицензирующим органом юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю		
11			Обобщающим показателем естественного движения населения является:		
			Рождаемость		
			Смертность		
	*		Естественный прирост		
			Миграция		
12			Повозрастные показатели смертности рассчитываются путем:		
	*		Соотношения численности умерших в каждой возрастной группе к численности данной возрастной группы		
			Вычитания родившихся и умерших в каждой пятилетней возрастной группе		
			Соотношения числа умерших в каждой возрастной группе к среднегодовой численности населения территории		
			Соотношения численности умерших, к численности родившихся		
13			Назовите основные причины младенческой смертности с учетом занимаемого ими места:		
	*		Перинатальные состояния, пороки развития и родовой травматизм, заболевания органов дыхания		
			Прочие болезни, родовой травматизм и пороки развития, желудочно-кишечные заболевания		
			Родовой травматизм и пороки развития,		

			пневмония, прочие болезни		
			Инфекционные заболевания		
14			Международная классификация болезней – это:		
			Перечень наименований болезней в определенном порядке		
			Перечень диагнозов в определенном порядке		
			Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу		
	*		Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями		
15			Понятие «медицинская этика» содержит:		
	*		Учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников		
			Представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников		
			Условия оказания медицинских услуг		
			Закономерности распределения ответственности среди персонала		
16			К принципам взаимоотношений врача и пациента, согласно кодексу врачебной этики, относится все, кроме:		
			Врач и пациент имеют равные права на уважение их человеческого достоинства		
			Взаимное доверие и взаимная ответственность		
	*		Участие пациента в разработке программы реабилитации		
			Не препятствие поддержке пациента служителем любой религиозной конфессии		
17			Вмешательство в сферу здоровья человека может осуществляться:		
	*		На основании свободного, осознанного и информированного согласия больного		
			На основании медицинских показаний		

			На основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности		
			На основании требования родственников;		
18			Понятие «информированное согласие» включает в себя все, кроме:		
			Информации о цели предполагаемого вмешательства		
			Информации о характере предполагаемого вмешательства		
			Информации о возможных негативных последствиях		
	*		Информации о несомненном приоритете пользы вмешательства по сравнению с возможным риском		
19			При выявлении наследственного заболевания у развивающегося плода судьбу этого плода (продолжение беременности или аборт) вправе решать:		
			Только врачи-профессионалы		
	*		Только родители		
			Только мать		
			Государственные органы здравоохранения		
20			В деловой этике осознание ценности личности своего партнера или подчиненного, умение придерживаться в общении с ним этических норм предполагает наличие:		
			Простоты и общительности		
			Свободы и справедливости		
			Честности и отзывчивости		
	*		Тактичности и деликатности		

Клинические ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1 (сценарий №1).

Беременная пациентка обратилась к акушеру-гинекологу с жалобами на выраженное снижение двигательной активности плода на 39 неделе гестации, беременность протекала без особенностей, в анамнезе 2 рубца на матке после 2 операций кесарева сечения.

При поступлении женщины в родильное отделение у плода по УЗИ выявлена стойкая брадикардия (частота сердечных сокращений 55 – 60 ударов в минуту), в околоплодных водах гиперэхогенные включения – множественные сгустки крови, свободная жидкость в брюшной полости, предполагаемая масса плода 3900 г.

Было выполнено экстренное кесарево сечение (обезболивание – эндотрахеальный наркоз). Околоплодные воды светлые с примесью крови. За голову извлечен новорожденный мальчик с выраженной мышечной гипотонией, дыхание отсутствует.

Вы – врач-неонатолог, Вас заранее вызвали в операционную.

ВОПРОСЫ:

1. Факторами риска рождения ребенка в асфиксии в данном случае являются:
 - a. Срок беременности (39 недель);
 - b. Наличие рубца на матке от предыдущих оперативных вмешательств; *
 - c. Данные УЗИ при поступлении; *
 - d. Вид анестезии при операции; *
2. Наиболее значимым критерием живорождения является:
 - a. Частота сердечных сокращений; *
 - b. Наличие дыхания;
 - c. Выраженность мышечного тонуса;
 - d. Выраженность врожденных рефлексов;
3. Вне зависимости от объема реанимационной помощи состояние ребенка в родильном зале необходимо оценить по шкале:
 - a. Сильвермана;
 - b. Апгар; *
 - c. Баллард;
 - d. Даунса;
4. Целевые значения сатурации крови в возрасте 5 минут жизни у такого ребенка составляют:
 - a. 60 – 65%;
 - b. 70 – 75%;
 - c. 80 – 85%; *
 - d. 95 – 100%;
5. Одним из методов оказания постреанимационной помощи такому ребенку является:
 - a. Согревание с помощью лампы лучистого тепла;

- b. Терапевтическая гипотермия; *
- c. Гемотрансфузия;
- d. Введение сурфактанта.

Ситуационная задача 2 (сценарий №1).

Женщина 35 лет со сроком беременности 42 недели и 5 дней поступила в лечебное учреждение в начале I периода родов (в анамнезе отказ от родовозбуждения и кесарева сечения). При открытии шейки матки 8 см произошел разрыв плодных оболочек, отошло около 150 мл околоплодных вод, содержащих меконий. КТГ имеет нормальные показатели. Предполагаемая масса плода 3500г.

Мальчик родился самостоятельно, в головном предлежании с 2-кратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Кожные покровы и пуповина ребенка окрашены меконием. У новорожденного отмечается выраженная мышечная гипотония, единичные судорожные вдохи. При измерении ЧСС 80 уд/мин.

Вы – врач-неонатолог, Вас заранее вызвали в родильный зал.

ВОПРОСЫ:

1. Факторами риска рождения ребенка в асфиксии в данном случае являются:
 - a. Срок беременности (42 недели и 5 дней); *
 - b. Показатели КТГ;
 - c. Обвитие пуповины; *
 - d. Характер околоплодных вод; *
2. Наиболее значимым критерием живорождения является:
 - a. Частота сердечных сокращений; *
 - b. Наличие дыхания;
 - c. Выраженность мышечного тонуса;
 - d. Выраженность врожденных рефлексов;
3. Вне зависимости от объема реанимационной помощи состояние ребенка в родильном зале необходимо оценить по шкале:
 - a. Сильвермана;
 - b. Апгар; *
 - c. Баллард;
 - d. Даунса;
4. Целевые значения сатурации крови в возрасте 3 минут жизни у такого ребенка составляют:
 - a. 60 – 65%;
 - b. 70 – 75%; *
 - c. 80 – 85%;
 - d. 95 – 100%;

5. В данном случае первым этапом оказания первичной реанимационной помощи является:
- а. Проведение интубации и санации трахеи;
 - б. Проведение ИВЛ через лицевую маску; *
 - в. Выполнение непрямого массажа сердца;
 - г. Введение сурфактанта.

Ситуационная задача 3 (сценарий №1).

Женщина в отделении патологии беременности пожаловалась на тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза – соматический анамнез – группа крови O(I), Rh отриц., в детстве болела краснухой, ветряной оспой, ОРВИ, варикозная болезнь вен нижних конечностей, акушерско-гинекологический анамнез – миомэктомия (оперативное лечение), 1 беременность - срочные оперативные роды (вакуум-экстракция, дистресс плода), ребенок здоров, 2 беременность – антенатальная гибель плода в сроке 32 недели, 3 беременность – данная, наступила в результате 3 попытки ЭКО. Течение беременности – 1 триместр – 1 скрининг – высокий риск преэклампсии и СЗРП (принимала аспирин), риск хромосомных аномалий низкий, 2 триместр - ПГТТ – норма, в 26 недель угроза прерывания, ИЦН. В настоящий момент срок беременности 28 недель беременности, тазовое предлежание плода. Проведена операция экстренного кесарева сечения по причине отслойки нормально расположенной плаценты. Родилась недоношенная девочка с массой тела 690г.

Сразу после рождения мышечный тонус снижен, дыхание типа «гаспинг», генерализованный цианоз, ЧСС 70 уд/мин.

Вы – врач-неонатолог, Вас заранее вызвали в операционную.

ВОПРОСЫ:

1. Факторами риска рождения ребенка в асфиксии в данном случае являются:
 - а. Срок беременности (28 недель); *
 - б. Наличие признаков отслойки нормально расположенной плаценты; *
 - в. Результаты 1 скрининга и ПГТТ;
 - г. Характер наступления данной беременности (ЭКО);
2. Наиболее значимым критерием живорождения является:
 - а. Частота сердечных сокращений; *
 - б. Наличие дыхания;
 - в. Выраженность мышечного тонуса;
 - г. Выраженность врожденных рефлексов;
3. Сатурацию крови в родильном зале у такого ребенка измеряют:

- a. На левой руке;
 - b. На правой ноге;
 - c. На правой руке; *
 - d. На мочке уха;
4. Одним из методов оказания постреанимационной помощи такому ребенку является:
- a. Согревание с помощью лампы лучистого тепла;
 - b. Терапевтическая гипотермия;
 - c. Гемотрансфузия;
 - d. Введение сурфактанта; *
5. В данном случае первым этапом оказания первичной реанимационной помощи является:
- a. Проведение интубации и ИВЛ;
 - b. Проведение СРАР через лицевую маску; *
 - c. Выполнение непрямого массажа сердца;
 - d. Введение сурфактанта.

Ситуационная задача 4 (сценарий №1).

Беременная 32 лет, поступила в родильный дом с диагнозом «беременность 39 недель 5 дней. Головное предлежание. 1 период родов. ГАГ.». Соматический анамнез - ветряная оспа, эпид. паротит, хрон. бронхит (рем.), остеохондроз, грыжа Шморля. Акушерско-гинекологический анамнез – СПКЯ. Данная беременность 1, наступила самопроизвольно. Течение беременности – 1 триместр – на 1 скрининге риски ПЭ, СЗРП, ХА низкие; 2 триместр - на 2 скрининге краевое предлежание плаценты; ПГТТ норма; в сроке 19 недель: ОРВИ (повышение t тела до 37,2); 3 триместр - анемия; гестационная артериальная гипертензия (принимает допегит). В конце 1 периода родов (открытие шейки матки 10 см) диагностировано лобное предлежание плода. Женщина взята в операционную для выполнения экстренного кесарева сечения. В ходе операции за ноги извлечена живая доношенная девочка с обвитием пуповины вокруг шеи, туловища, ноги. Сразу после рождения мышечный тонус снижен, дыхание типа «гаспинг», крик слабый, генерализованный цианоз кожи, ЧСС 90 уд/мин и уменьшается. Вы – врач-неонатолог, Вас заранее вызвали в операционную.

ВОПРОСЫ:

1. Факторами риска рождения ребенка в асфиксии в данном случае являются:
- a. Срок беременности (39 недель);
 - b. Вид предлежания (лобное); *
 - c. Результаты 1 скрининга и ПГТТ;

- d. Обвитие пуповины; *
- 2. Наиболее значимым критерием живорождения является:
 - a. Частота сердечных сокращений; *
 - b. Наличие дыхания;
 - c. Выраженность мышечного тонуса;
 - d. Выраженность врожденных рефлексов;
- 3. Вне зависимости от объема реанимационной помощи состояние ребенка в родильном зале необходимо оценить по шкале:
 - a. Сильвермана;
 - b. Апгар; *
 - c. Баллард;
 - d. Даунса;
- 4. Целевые значения сатурации крови в возрасте 4 минут жизни у такого ребенка составляют:
 - a. 60 – 65%;
 - b. 65 – 70%;
 - c. 75 – 80%; *
 - d. 95 – 100%;
- 5. В данном случае первым этапом оказания первичной реанимационной помощи является:
 - a. Проведение интубации и ИВЛ;
 - b. Проведение ИВЛ через лицевую маску; *
 - c. Выполнение непрямого массажа сердца;
 - d. Введение сурфактанта.

Ситуационная задача 5 (сценарий №1).

Мальчик от матери 29 лет, с отягощенным соматическим анамнезом (хроническая артериальная гипертензия, аутоиммунный тиреоидит) и гинекологическим анамнезом (миома матки, эндометриоз). II беременность данная (I беременность - медицинский аборт), протекала: I триместр – токсикоз, II – угроза прерывания повышение артериального давления 140/90-170/100 мм.рт.ст, III триместр – угроза преждевременных родов 30 недель, фето-плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода. Повышение артериального давления 160/100 мм.рт.ст. От I своевременных оперативных родов в 33 недели путем операции кесарева сечения. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Масса при рождении 1430г, рост – 38 см, окружность головы - 30см, окружность груди - 28 см. Состояние при рождении тяжелое за счет одышки до 80/мин, втяжения уступчивых мест грудины. Оценка по шкале Сильвермана 5 баллов. У ребенка стонущее дыхание и сохраняется цианотичный оттенок кожи к концу 5 минуты жизни.

ВОПРОСЫ:

1. Факторами риска рождения ребенка в асфиксии в данном случае являются:
 - a. Срок беременности (33 недели); *
 - b. Наличие повышенного давления во время беременности; *
 - c. Возраст матери;
 - d. Гинекологический анамнез матери (миома матки, эндометриоз);
2. Наиболее значимым критерием живорождения является:
 - a. Частота сердечных сокращений; *
 - b. Наличие дыхания;
 - c. Выраженность мышечного тонуса;
 - d. Выраженность врожденных рефлексов;
3. Сатурацию крови в родильном зале у такого ребенка измеряют:
 - a. На левой руке;
 - b. На правой ноге;
 - c. На правой руке; *
 - d. На мочке уха;
4. В данном случае первым этапом оказания первичной реанимационной помощи является:
 - a. Проведение интубации и ИВЛ;
 - b. Проведение СРАР через лицевую маску; *
 - c. Выполнение непрямого массажа сердца;
 - d. Введение сурфактанта;
5. Одним из методов оказания постреанимационной помощи такому ребенку является введение экзогенного сурфактанта в дозе:
 - a. 50 мг/кг;
 - b. 75 мг/кг;
 - c. 150 мг/кг;
 - d. 200 мг/кг; *

Ситуационная задача 6 (сценарий №1).

Ребенок К. от мамы 40 лет, соматический анамнез отягощен (варикозная болезнь, миопия слабой степени). Акушерско-гинекологический анамнез отягощен: эрозия шейки матки, 1-я беременность - 1998 г. - мед/аборт, 2-я беременность - 2001 г. - срочные роды (3990 г / 56 см), 3-я беременность - 2006 г. - срочные роды (4200 г / 55 см), 4-я беременность - 2008 г. - мед/аборт, 5-я беременность - 2014 г. - неразвивающаяся беременность на 8 нед. Настоящая беременность - 6-я, наступила самопроизвольно, протекала в 1 триместре с угрозой прерывания, во 2 триместре - без особенностей, в 3 триместре - отеки, повышение артериального давления (АД). Роды III, преждевременные, 36 недель,

оперативные (по УЗИ признаки частичной отслойки нормально расположенной плаценты). Мальчик, извлечен за голову. Масса тела ребенка при рождении 3000 г, длина 50 см, окружность головы - 35 см, окружность груди - 34 см. Оценка по шкале Апгар - 1/1/2 балла.

Акушерский диагноз: «Третьи поздние преждевременные оперативные роды на сроке 36 недель. Частичная отслойка нормально расположенной плаценты. Дистресс плода».

Состояние при рождении крайне тяжелое, ЧСС менее 50 в мин. Реанимационные мероприятия по протоколу: интубация трахеи, непрямой массаж сердца, ИВЛ, внутривенное введение препаратов: физ. раствор, адреналин. Отключение источника лучистого тепла. Перевод в ОРИТН в условиях необогреваемого транспортного инкубатора, на ИВЛ в 30 минут жизни.

Анализ КОС в родильном зале: pH 6.95, pCO₂ 61.3, Lас 6.9, BE -17.8, HCO₃ 9.3.

В статусе при поступлении в ОРИТН выраженная мышечная гипотония, гипорефлексия клонико-тонические судороги, плавающие движения глазных яблок. В динамике нарастание недостаточности кровообращения (артериальная гипотензия, глухость сердечных тонов, микроциркуляторные нарушения). НСГ выполнена на 3 часу жизни. Отмечается сглаженность рисунка борозд и извилин, щелевидные боковые желудочки. Гипорезистентный кровоток. ИПСС: ПМА 0,6, ОА 0,52.

ВОПРОСЫ:

1. Факторами риска рождения ребенка в асфиксии в данном случае являются:
 - a. Возраст матери (40 лет);
 - b. Признаки частичной отслойки нормально расположенной плаценты; *
 - c. Соматический анамнез матери (варикозная болезнь, миопия слабой степени);
 - d. Повышение АД во время беременности; *
2. Наиболее значимым критерием живорождения является:
 - a. Частота сердечных сокращений; *
 - b. Наличие дыхания;
 - c. Выраженность мышечного тонуса;
 - d. Выраженность врожденных рефлексов;
3. Основной предварительный диагноз в данном случае:
 - a. Респираторный дистресс-синдром;
 - b. Асфиксия средней степени тяжести при рождении;
 - c. Асфиксия тяжелой степени при рождении; *
 - d. Транзиторное тахипноэ новорожденного;

4. Методом оценки функционального состояния ЦНС у такого ребенка в условиях ОРИТН родильного дома является:
 - a. Нейросонография;
 - b. аЭЭГ; *
 - c. Многоканальный видео-ЭЭГ- мониторинг;
 - d. МРТ головного мозга;
5. Одним из методов оказания постреанимационной помощи такому ребенку является:
 - a. Согревание с помощью лампы лучистого тепла;
 - b. Терапевтическая гипотермия; *
 - c. Гемотрансфузия;
 - d. Введение сурфактанта.

Ситуационная задача 7 (сценарий №1).

Недоношенный мальчик 24 недель гестации в возрасте 3 суток жизни. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 35 лет с неотягощенным соматическим анамнезом, от четвертой беременности (I беременность не развивающаяся, II беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 12 неделе, III беременность закончилась антенатальной гибелью плода). Течение данной беременности: в первом триместре катаральные проявления с подъемом температуры до 37,5°C, лечилась амбулаторно, во втором триместре в 24 нед. отмечаются катаральные проявления с повышением температуры тела до 38,0°C, боли внизу живота, в связи с чем была госпитализирована в перинатальный центр. От первых экстремально ранних преждевременных самопроизвольных родов на 24,1 неделе беременности, протекавших на фоне лихорадки матери, родился в тяжелом состоянии с весом 600 г, рост 27 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При рождении дыхательная недостаточность до 6 - 7 баллов по шкале Сильвермана. Начата искусственная вентиляция легких, эндотрахеально введен сурфактант. При рождении обращали на себя внимание множественные элементы полиморфной сыпи (множество везикул и папул), распространенные по всему телу. Содержимое везикул было взято на микробиологическое исследование. В течение первых суток жизни состояние с резкой отрицательной динамикой за счет развития ДВС-синдрома и нарастания сердечно-сосудистой недостаточности. Проводилась трансфузия свежезамороженной плазмы с положительным эффектом. Гемодинамика оставалась не стабильной, сохранялась гипотензия и микроциркуляторные нарушения – назначена кардиотоническая поддержка (Допамин, Добутамин). При осмотре выраженное угнетение нервно-рефлекторной деятельности, поза «лягушки». Сохраняется потребность в проведении искусственной вентиляции легких с дотацией кислорода до 40%. Кожные покровы розовые с сероватым колоритом. Дыхание аускультативно ослаблено по всем легочным

полям, выслушиваются крепитирующие хрипы, частота аппаратного дыхания 50 в минуту. Сердечные тоны приглушенные, частота сердечных сокращений 130 в 1 минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, печень выступает на 2,0 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул мекониального характера. Диурез 2,0 мл/кг/час.

ВОПРОСЫ:

1. Показаниями к катетеризации сосудов у данного новорожденного пациента являются:
 - a. Оказание анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;
 - b. Проведение частичного или полного парентерального питания; *
 - c. Проведение гемотрансфузии; *
 - d. Проведение инфузионной терапии; *
 - e. Выполнение магнитно-резонансного обследования с введением контрастного вещества.
2. Оптимальным видом сосудистого катетера для данного пациента является:
 - a. Пупочный венозный катетер;
 - b. Центральный венозный катетер (CVC); *
 - c. Глубокая венозная линия (PICC);
 - d. Короткая периферическая венозная канюля (PIV);
3. Положение дистального кончика сосудистого катетера у данного пациента в обязательном порядке необходимо верифицировать с помощью:
 - a. Ультразвукового обследования;
 - b. Компьютерной томографии;
 - c. Рентгенологического обследования; *
 - d. Электрокардиографии;
4. Одним из возможных осложнений, связанных с постановкой сосудистого катетера по методике Сельдингера, является:
 - a. Катетер-ассоциированная инфекция;
 - b. Пневмоторакс; *
 - c. Флебит;
 - d. Тромбоз нижней полой вены;

Ситуационная задача 8 (сценарий №1).

Недоношенный мальчик вторых суток жизни находится в отделении реанимации новорожденных на искусственной вентиляции легких. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 28 лет с анемией умеренной

степени в соматическом анамнезе, от второй беременности (первая беременность - неразвивающаяся), протекавшей со стойкой лихорадкой до 39,0°C, болями в пояснице (подозрение на пиелонефрит) с 22 по 26 неделю беременности. В связи с этим неоднократно была госпитализирована, получала курсы антибактериальной терапии (курс Амоксиклава – не окончен, курсы Цефотаксима и Цефтриаксона – без эффекта). От первых экстремально ранних преждевременных самопроизвольных родов на 27 неделе беременности, протекавших на фоне лихорадки матери, родился в тяжелом состоянии с весом 1130 г, рост 37 см, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. При рождении дыхательная недостаточность до 5 - 6 баллов по шкале Сильвермана. Введен сурфактант, начата искусственная вентиляция легких. В течение первых суток у ребенка отмечается нарастание зависимости от кислорода (дотация до 45 %), стойкая выраженная артериальная гипотензия, снижение микроциркуляции (на фоне кардиотонической терапии со стабилизацией). Рентгенологические данные в возрасте 10 часов жизни: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле левого легкого.

При осмотре на 2-е сутки жизни ребенок в сознании, на осмотр реагирует. Поза полуфлексорная. Мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные с сероватым колоритом. Дыхание аппаратное, частота принудительных вдохов 40 в 1 минуту, содержание кислорода во вдыхаемом воздухе 35%. Аускультативно дыхание в нижней доле левого легкого ослаблено, выслушиваются единичные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушенные, частота сердечных сокращений 125 в 1 минуту. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 3,5 см из-под реберной дуги по среднеключичной линии, пальпируется край селезенки. Стул меконияльного характера. Диурез 3,5 мл/кг/час.

ВОПРОСЫ:

1. Показаниями к катетеризации сосудов у данного новорожденного пациента являются:
 - а. Оказание анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;
 - б. Проведение частичного или полного парентерального питания; *
 - с. Проведение гемотрансфузии;
 - д. Проведение инфузионной терапии; *
 - е. Выполнение магнитно-резонансного обследования с введением контрастного вещества.
2. Оптимальным видом сосудистого катетера для данного пациента является:
 - а. Пупочный венозный катетер;

- b. Центральный венозный катетер (CVC);
 - c. Глубокая венозная линия (PICC); *
 - d. Короткая периферическая венозная канюля (PIV);
3. Положение дистального кончика сосудистого катетера у данного пациента в обязательном порядке необходимо верифицировать с помощью:
- a. Ультразвукового обследования;
 - b. Компьютерной томографии;
 - c. Рентгенологического обследования; *
 - d. Электрокардиографии;
4. С целью снижения риска катетер-ассоциированной инфекции у данного пациента в ходе использования сосудистого катетера необходимо:
- a. Обрабатывать соединения инфузионной системы и сосудистого катетера 70% спиртом в течение 30 секунд при каждом размыкании системы; *
 - b. Производить ежедневную смену фиксирующей повязки на сосудистом катетере;
 - c. Выполнять еженедельное взятие крови из катетера на микробиологическое исследование;
 - d. Назначить комбинированную антибактериальную и противогрибковую терапию;

Ситуационная задача 9 (сценарий №1).

Ребенок от мамы 40 лет, соматический анамнез отягощен (варикозная болезнь, миопия слабой степени), акушерско-гинекологический анамнез отягощен: эрозия шейки матки, 1-я беременность - 1998 г. медицинский аборт, 2-я беременность - 2001 г. срочные роды, (3990гр/56см), 3-я беременность - 2006 г. срочные роды. (4200гр/55см), 4-я беременность 2008 г. медицинский аборт, 5-я 2014 г.- неразвивающаяся беременность. Настоящая беременность - 6-я, протекала в 1 триместре - с угрозой прерывания, во 2 триместре - без особенностей, в 3 триместре – отеки, повышение артериального давления. Обратилась в роддом по поводу кровянистых выделений из половых путей. Роды III, поздние преждевременные, оперативные (кесарево сечение), извлечен за голову с обвитие пуповины вокруг шеи и туловища. Масса мальчика при рождении - 3000г, рост 50 см., окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 0/1/2 балла.

Акушерский диагноз: «Третьи поздние преждевременные оперативные роды на сроке 36 недель 2 дня. Частичная отслойка нормально расположенной плаценты. Дистресс плода».

Состояние при рождении крайне тяжелое, ЧСС менее 60 в мин. В родильном зале проведены реанимационные мероприятия: отключение источников лучистого тепла, непрямой массаж сердца, ИВЛ, введение физиологического раствора, адреналина.

ВОПРОСЫ:

1. Показанием к катетеризации сосудов в родильном зале у данного новорожденного пациента являются:
 - a. Оказание анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;
 - b. Проведение частичного или полного парентерального питания;
 - c. Проведение гемотрансфузии;
 - d. Проведение реанимационных мероприятий; *
 - e. Выполнение магнитно-резонансного обследования с введением контрастного вещества.
2. Оптимальным видом сосудистого катетера в родильном зале для данного пациента является:
 - a. Пупочный венозный катетер; *
 - b. Центральный венозный катетер (CVC);
 - c. Глубокая венозная линия (PICC);
 - d. Короткая периферическая венозная канюля (PIV);
3. Одним из возможных осложнений, связанных с постановкой пупочного венозного сосудистого катетера в родильном зале, является:
 - a. Синдром утечки воздуха;
 - b. Экстравазация;
 - c. Гангрена конечности;
 - d. Некроз печени; *
4. Во время проведения первичной реанимационной помощи данному ребенку необходимо ввести пупочный венозный катетер на глубину:
 - a. 2 – 3 см; *
 - b. Рассчитанную по формуле «вес + 6 см»;
 - c. 10 – 12 см;
 - d. Рассчитанную по формуле « $2,5 * \text{вес} + 9,7$ »;

Ситуационная задача 10 (сценарий №1).

Ребенок от матери 25 лет, соматический и гинекологический анамнез не отягощен. От I беременности, протекавшей в 1 триместре - с токсикозом, тошнотой, во 2 триместре - с угрозой прерывания, в 3 триместре – без особенностей.

Роды I, срочные, самостоятельные, вторичная слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, при рождении однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Передние околоплодные воды светлые, задние - мекониальные. Безводный промежуток 3 часа 45 мин. Масса 3590г, рост 52 см., окружность головы 36 см, окружность груди 35 см. Оценка по шкале Апгар 3/5/6 баллов.

Акушерский диагноз: «I срочные роды. Вторичная слабость родовой деятельности. Родостимуляция окситоцином. Дистресс плода. Эпизиотомия. Эпизиоррафия. Осмотр родовых путей».

Состояние при рождении очень тяжелое. Выраженная дыхательная недостаточность на фоне массивной мекониальной аспирации (6 баллов по шкале Даунса). Интубирован в родильном зале, переведен на ИВЛ. ЧСС 110 в 1 минуту. В неврологическом статусе выраженное угнетение нервно-рефлекторной деятельности.

ВОПРОСЫ:

1. Показаниями к катетеризации сосудов у данного новорожденного пациента являются:
 - a. Оказание анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;
 - b. Проведение частичного или полного парентерального питания; *
 - c. Проведение гемотрансфузии;
 - d. Проведение инфузионной терапии; *
 - e. Выполнение магнитно-резонансного обследования с введением контрастного вещества.
2. Возможными видами сосудистых катетеров для данного пациента являются:
 - a. Пупочный венозный катетер; *
 - b. Центральный венозный катетер (CVC); *
 - c. Глубокая венозная линия (PICC);
 - d. Короткая периферическая венозная канюля (PIV);
3. Положение дистального кончика сосудистого катетера у данного пациента в обязательном порядке необходимо верифицировать с помощью:
 - a. Ультразвукового обследования;
 - b. Компьютерной томографии;
 - c. Рентгенологического обследования; *
 - d. Электрокардиографии;
4. С целью снижения риска катетер-ассоциированной инфекции у данного пациента в ходе использования сосудистого катетера необходимо:

- a. Обрабатывать соединения инфузионной системы и сосудистого катетера 70% спиртом в течение 30 секунд при каждом размыкании системы; *
 - b. Производить ежедневную смену фиксирующей повязки на сосудистом катетере;
 - c. Выполнять еженедельное взятие крови из катетера на микробиологическое исследование;
 - d. Назначить комбинированную антибактериальную и противогрибковую терапию;
5. Одним из возможных осложнений, связанных с постановкой сосудистого катетера по методике Сельдингера, является:
- a. Катетер-ассоциированная инфекция;
 - b. Пневмоторакс; *
 - c. Флебит;
 - d. Тромбоз нижней полой вены;

Ситуационная задача 11 (сценарий №1).

Девочка от матери 28 лет, соматический и гинекологический анамнез неотягощен. II беременность данная (I беременность срочные оперативные роды, без особенностей), протекала: I триместр – токсикоз, II триместр – токсикоз, III триместр – без особенностей. От II своевременных оперативных родов в 38 недель (плановая операция кесарево сечения по поводу рубца на матке). Околоплодные воды мекониальные. Закричала после санации верхних дыхательных путей (санировалось большое количество жидкости, окрашенной меконием). Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Оценка по шкале Даунса 5 баллов. Масса при рождении 3550г, рост – 51 см, окружность головы -35см, окружность груди-34 см.

Состояние при рождении тяжелое за счет тяжелой дыхательной недостаточности в виде втяжения уступчивых мест грудины, неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения ЦНС. Рефлексы новорожденных вызываются, быстро истощаются. Кожные покровы с цианотичным оттенком, акроцианоз. Аускультативно дыхание проводится слабо, множественные проводные и крепитирующие хрипы. Ребенок интубирован на 7 минуте жизни из-за нарастания дыхательной недостаточности, начата принудительная ИВЛ. Для дальнейшего обследования и лечения переведена в ОРИТН.

ВОПРОСЫ:

1. Показаниями к катетеризации сосудов у данного новорожденного пациента являются:
 - a. Оказание анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;

- b. Проведение частичного или полного парентерального питания;
 - c. Проведение гемотрансфузии;
 - d. Проведение инфузионной терапии; *
 - e. Выполнение магнитно-резонансного обследования с введением контрастного вещества.
- 2. Возможными видами сосудистых катетеров для данного пациента являются:
 - a. Пупочный венозный катетер; *
 - b. Центральный венозный катетер (CVC); *
 - c. Глубокая венозная линия (PICC);
 - d. Короткая периферическая венозная канюля (PIV);
- 3. Положение дистального кончика сосудистого катетера у данного пациента в обязательном порядке необходимо верифицировать с помощью:
 - a. Ультразвукового обследования;
 - b. Компьютерной томографии;
 - c. Рентгенологического обследования; *
 - d. Электрокардиографии;
- 4. С целью снижения риска катетер-ассоциированной инфекции у данного пациента в ходе использования сосудистого катетера необходимо:
 - a. Обрабатывать соединения инфузионной системы и сосудистого катетера 70% спиртом в течение 30 секунд при каждом размыкании системы; *
 - b. Производить ежедневную смену фиксирующей повязки на сосудистом катетере;
 - c. Выполнять еженедельное взятие крови из катетера на микробиологическое исследование;
 - d. Назначить комбинированную антибактериальную и противогрибковую терапию;

Ситуационная задача 12 (сценарий №1).

Девочка от матери 23 лет с отягощенным соматическим (хронический пиелонефрит) и акушерско-гинекологическим анамнезом (1 беременность – медицинский аборт в 16 лет, 2 беременность – самопроизвольный выкидыш 10 недель; эрозия шейки матки, уреаплазмоз), от 3-й беременности, протекавшей в первой половине – с токсикозом, угрозой прерывания (стационарное лечение), во второй половине – с 24 недели угроза прерывания, стационарное лечение. Подтекание околоплодных вод. Безводный промежуток более 3 суток. Роды 1-е экстремально ранние преждевременные, на 27,5 неделе. Масса при рождении 820 гр, рост 38 см, окружность головы

25 см, окружность груди 24 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности - тахипноэ до 92/мин, втяжения уступчивых мест грудины на фоне недоношенности. На 1-й минуте жизни интубирована, начата искусственная вентиляция легких, введен Куросурф в дозе 200 мг/кг/сут.

Объективно: телосложение правильное, кожные покровы розовые, акроцианоз. Рефлексы новорожденных вызываются, слабые, истощаются. Мышечный тонус диффузно снижен. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, крепитирующие хрипы в большом количестве. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см, селезенка не пальпируется. Мочится, моча светлая. Стул мекониальный. Экспресс анализ крови в 1-е сутки жизни – Hb 146 г/л, лейкоциты $45 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы до метамиелоцитов, тромбоциты $80 \times 10^9/\text{л}$.

ВОПРОСЫ:

1. Показаниями к катетеризации сосудов у данного новорожденного пациента являются:
 - a. Оказание анестезиологического пособия во время оперативного вмешательства;
 - b. Проведение частичного или полного парентерального питания; *
 - c. Проведение гемотрансфузии; *
 - d. Проведение инфузионной терапии; *
 - e. Выполнение магнитно-резонансного обследования с введением контрастного вещества.
2. Возможными видами сосудистых катетеров для данного пациента являются:
 - a. Пупочный венозный катетер; *
 - b. Центральный венозный катетер (CVC); *
 - c. Глубокая венозная линия (PICC);
 - d. Короткая периферическая венозная канюля (PIV);
3. Положение дистального кончика сосудистого катетера у данного пациента в обязательном порядке необходимо верифицировать с помощью:
 - a. Ультразвукового обследования;
 - b. Компьютерной томографии;
 - c. Рентгенологического обследования; *
 - d. Электрокардиографии;
4. С целью снижения риска катетер-ассоциированной инфекции у данного пациента в ходе использования сосудистого катетера необходимо:

- a. Обрабатывать соединения инфузионной системы и сосудистого катетера 70% спиртом в течение 30 секунд при каждом размыкании системы; *
 - b. Производить ежедневную смену фиксирующей повязки на сосудистом катетере;
 - c. Выполнять еженедельное взятие крови из катетера на микробиологическое исследование;
 - d. Назначить комбинированную антибактериальную и противогрибковую терапию;
5. Одним из возможных осложнений, связанных с постановкой пупочного венозного сосудистого катетера, является:
- a. Синдром утечки воздуха;
 - b. Экстравазация;
 - c. Гангрена конечности;
 - d. Некроз печени; *

Ситуационная задача №13 (сценарий 1).

Девочка от женщины 19-ти лет, соматически здоровой, 1 беременность - медицинский аборт, без осложнений. Беременность вторая, протекала в I триместре с тошнотой, рвотой, потерей массы тела 2,0 кг, во II и III триместрах - без особенностей. Роды на 38 неделе, в головном предлежании, самостоятельные. Масса тела при рождении 3250 г, длина тела 52 см., окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родзале, переведена в отделение «Мать и дитя». Состояние за время наблюдения в последующие трое суток жизни удовлетворительное. На 3 сутки выписана домой.

Со слов матери к концу 3х суток жизни отмечено появление желтушности кожи лица и туловища. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез у ребенка.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, средней живости, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы иктеричные на розовом фоне, ладони и стопы не прокрашены. На коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота — крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2,5 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание проводится по всем полям, ЧДД 40/мин., сердечные тоны отчетливые, ритмичные, ЧСС 134/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на +1 см, селезенка не пальпируется. Мочится, моча светло-желтая. Стул регулярный.

ВОПРОСЫ:

1. Какие транзиторные состояния наблюдаются у данного ребенка?
 - a. Физиологическая желтуха новорожденных; *
 - b. Транзиторный катар кишечника;
 - c. Физиологическая убыль массы тела; *
 - d. Половой криз; *
 - e. Милиа; *
 - f. Мочекислый инфаркт;
2. Один из основных показателей для проведения дифференциальной диагностики физиологической желтухи новорождённых от патологических желтух:
 - a. Общий билирубин; *
 - b. Щелочная фосфатаза;
 - c. Лактатдегидрогеназа;
 - d. Общий белок;
3. На какой день чаще всего проявляется физиологическая желтуха новорожденных?
 - a. 7-8;
 - b. 1-2;
 - c. 2-3; *
 - d. 5-6;
4. Физиологическая убыль массы тела у доношенных новорожденных не превышает:
 - a. 5%;
 - b. 10%; *
 - c. 15%;
 - d. 20%;

Ситуационная задача №14 (сценарий 1).

Ребенок от женщины 35 лет, с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом (перелом костей таза в автомобильной аварии 7 лет назад). От 1-ой беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 10-12 недель и 18-19 недель (амбулаторное лечение). Клинически узкий таз. От I-ых срочных самостоятельных родов в головном предлежании на 40-41 неделе (I-ый период – 8 ч 30 мин, II-й период – 25 мин, безводный промежуток – 10 ч 10 мин).

Извлечена живая доношенная девочка. Закричала после тактильной стимуляции, порозовела на крике. Околоплодные воды – светлые. Оценка по

шкале Апгар - 7/8 б. Масса тела - 3130 гр, рост – 52 см, окружность головы- 35 см, окружность груди- 34 см.

При осмотре в детском отделении в возрасте 3-х часов: состояние ребенка удовлетворительное. Крик громкий, болезненный. Голова ребенка деформирована за счет флюктуирующего опухолевидного образования упругой консистенции в области правой теменной кости, с четкими краями, не выходящими за границы кости, размером около 7 см в диаметре, кости черепа плотные, большой родничок 1,0*1,0 см. Поза флексии. Мышечный тонус физиологичный. Рефлексы новорожденных живые, вызываются в полном объеме. Кожные покровы розовые. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. Частота дыхания 36 в минуту, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 144 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, печень +1,0 см., селезенка не пальпируется.

ВОПРОСЫ:

1. Основной клинический диагноз у данного ребенка –это:
 - a. Кефалогематома при родовой травме; *
 - b. Ишемия мозга;
 - c. Гематома волосистой части головы вследствие родовой травмы;
 - d. Черепное менингоцеле;
2. Необходимым методом инструментального обследования в данном случае является:
 - a. Магниторезонансная томография;
 - b. Нейросонография; *
 - c. Электроэнцефалография;
 - d. Рентгенография костей черепа; *
3. Дальнейшая тактика ведения данного пациента:
 - a. Динамическое наблюдение; *
 - b. Проведении оперативного вмешательства;
 - c. Назначении лекарств местного применения;
 - d. Введение в/в гемостатических препаратов;
4. При больших размерах, более 8 см в диаметре проводят:
 - a. Пункцию кефалогематомы; *
 - b. Лазерную терапию кожи головы;
 - c. Иссечение гематомы;
 - d. Дренирование области гематомы;

Ситуационная задача №15 (сценарий 2).

Участковый педиатр проводит первый патронаж новорожденного. Ребенок от молодой мамы, соматически здоровой, от I беременности, протекавшей с легким токсикозом в I триместре, умеренной анемией во II триместре, прибавкой массой тела за беременность 16,5 кг. От I самостоятельных родов в головном предлежании в 39 недель беременности (I период 14 часов, II период 40 мин, эпизиотомия). Родился мальчик с массой тела 4300г, длиной тела 53 см и окружностью головы 38 см., по шкале Апгар 8/8 баллов. Выписан домой с массой 4030. При осмотре на 5 сутки жизни состояние удовлетворительное. Пупочная ранка сухая чистая. Ребенок получает грудное молоко, мама отмечает частое беспокойство после кормления, необходимость частого прикладывания к груди.

ВОПРОСЫ:

1. Какие нормативные таблицы используются для оценки физического развития данной категории детей?
 - a. Шкала Апгар;
 - b. Шкала INTERGROWTH-21; *
 - c. Шкале Доунса;
 - d. Таблице Фентона;
2. Поставьте диагноз этому новорожденному ребенку согласно МКБ – X:
 - a. P08.0 Чрезмерно крупный ребенок;
 - b. P08.1 Другие "крупновесные" для срока дети; *
 - c. P07.0 Крайне малая масса тела при рождении;
 - d. P07.1 Другие случаи малой массы тела при рождении;
3. Другие "крупновесные" для срока дети — это когда:
 - a. масса тела при рождении составляет 4500 г или более;
 - b. вес при рождении >90-ого центиля для гестационного возраста; *
 - c. масса тела или рост не превышает соответствующие сроку беременности показатели;
 - d. вес при рождении >10-ого центиля для гестационного возраста;
4. Как должно быть организовано вскармливание «крупновесных» детей?
 - a. грудное вскармливание по требованию; *
 - b. отмена грудного вскармливания;
 - c. грудное вскармливание строго 6 раз в сутки каждые 4 часа;
 - d. переход на искусственное вскармливание;

Ситуационная задача №16 (сценарий 1).

На сроке 33 недели беременности в результате преждевременных самостоятельных родов родился мальчик с массой тела 1980 г, длиной тела 42 см и окружностью головы 29 см.

ВОПРОСЫ:

1. Какие нормативные таблицы используются для оценки физического развития данной категории детей?
 - a. Шкала Фентона; *
 - b. Шкала Сильвермана;
 - c. Шкала Апгар;
 - d. Шкала NIPS;
2. Поставьте диагноз этому новорожденному ребенку согласно МКБ – X:
 - a. P07.3 Другие случаи недоношенности; *
 - b. P07.1 Другие случаи малой массы тела при рождении; *
 - c. P07.0 Крайне малая масса тела при рождении
 - d. P07.2 Крайняя незрелость
3. Определите физиологическую потребность в жидкости, белке и энергии этого ребенка на десятые сутки жизни:
 - a. 50-60 мл/кг/сут, в энергии 80 ккал/кг, в белках 1,0-2,0 г/кг/сутки;
 - b. 160-200 мл/кг/сут, в энергии 160 ккал/кг, в белках 4,0-5,0 г/кг/сутки;
 - c. 110-160 мл/кг/сут, в энергии 120 ккал/кг, в белках 2,0-3,0 г/кг/сутки; *
 - d. 100-150 мл/кг/сут, в энергии 100 ккал/кг, в белках 0,5-1,0 г/кг/сутки;
4. Рост, вес и окружность головы этого ребенка в пределах от 10 до 90 центиля, что соответствует показателям:
 - a. нормального физического развития для гестационного возраста 33 недели; *
 - b. дисгармоничного физического развития для гестационного возраста 33 недели;
 - c. нормального физического развития для гестационного возраста 25 недель;

Ситуационная задача №17 (сценарий 2).

В приемное отделение больницы обратились родители с девочкой возраста 1 мес. 5 дней с жалобами на не купируемое кровотечение из носа.

Анамнез жизни: девочка от женщины 32 лет, соматический и гинекологический анамнез не отягощен. От 2-й беременности, протекавшей без осложнений, 2-х родов на сроке 40 нед. Масса при рождении 3530г, рост 52 см., окружность головы 35 см, окружность груди 33 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. Приложена к груди в родильном зале. Выписана домой на 4-е сутки жизни. На 1-м месяце жизни регулярно осматривалась участковым педиатром, развитие без особенностей. Находится на полном грудном вскармливании.

Анамнез заболевания: на протяжении недели до обращения в больницу мать отмечала необильное геморрагическое отделяемое или геморрагические корочки при туалете полости носа. За 3 дня до обращения в больницу ребенку выполнена 2-я вакцинация против гепатита В. Отмечалась длительная кровоточивость из места инъекции, с последующим образованием гематомы. В день обращения при туалете слизистой носовых ходов, началось новое кровотечение. Самостоятельно обратились в больницу.

При осмотре в приемном отделении – состояние тяжелое, сознание, на осмотр реагирует плачем. Кожа бледная, влажная, чистая. На правом бедре гематома больших размеров в месте постановки прививки. Аускультативно – дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет; тоны сердца приглушены, тенденция к тахикардии. Печень +0,5 см, селезенка не пальпируется. Мочится самостоятельно. Стула при осмотре не было.

Анализ крови клинический в приемном отделении: лейкоциты $12,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb 69 г/л, Ht 19,7, тромбоциты $435 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 29%, лимфоциты 55%, эозинофилы 4%, моноциты 7%, базофилы 0 %.

Данные коагулограммы: Активированное частичное тромбопластиновое время 79,8 сек (в норме 26 - 37 сек), Протромбиновое время 9% (в норме 70 - 130%), Тромбиновое время 16 сек (в норме 10 - 16 сек), Фибриноген 2,2 г/л (в норме 2,4 - 4,9 г/л).

ВОПРОСЫ:

1. Какой предварительный диагноз можно выставить данному ребенку?
 - a. Тяжелая лихорадка денге;
 - b. Геморрагическая болезнь новорожденного; *
 - c. ДВС-синдром;
 - d. Трахеобронхиальное кровотечение;

2. ГрБН часто встречается у детей, находящихся на полном грудном вскармливании, так как содержание витамина К в грудном молоке:
 - a. Резко повышено;
 - b. Отсутствует;
 - c. Снижено; *
3. Целью лечения ГрБН является:
 - a. Повышение общего иммунного статуса ребенка;
 - b. Повышения показателя гемоглобина в крови;
 - c. Прекращение кровотечения и ликвидация дефицита витамина К; *
 - d. Нормализация ЧСС;
4. В лечение ГрБН входит:
 - a. в/в введение фитоменадиона;
 - b. трансфузия свежзамороженной плазмы; *
 - c. назначение отваров с витаминов К per os;
 - d. в/м введение менадиона натрия бисульфита; *

Ситуационная задача №18 (сценарий 1).

Девочка от матери 29 лет, соматический анамнез не отягощен. От III беременности (I - II – самопроизвольные выкидыши на ранних сроках), протекавшей в 1 триместре – с токсикозом, во 2 триместре – с угрозой прерывания, в 3 триместре – отеки. Роды I, на сроке 39 нед., самостоятельные (1 период – 9ч 20 мин, 2 период – 20 мин, безводный промежуток – 4ч 30 мин). Околоплодные воды светлые. Масса при рождении 3000 г, рост 50 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. Приложена к груди в родильном зале. Находился на совместном пребывании с мамой. Выписана домой на 3 сутки жизни.

При патронаже в возрасте 1 недели жизни мама жалуется на трудности при вскармливании, повторные обильные срыгивания, иногда вплоть до рвоты «фонтаном».

При осмотре – Масса тела 2860 г. Кожа бледно-розовая, чистая, сухая, тургор снижен, отмечается мраморность. Видимые слизистые сухие. Большой родничок запавший. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, частота 46 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 164 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, гипертрофия клитора. Мочится. Стул частый, жидкий.

Анализ крови биохимический (возраст ребенка – 1 нед. ж.): Натрий 123 ммоль/л, Калий 5,9 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз:
 - a. Врожденная почечная недостаточность;
 - b. Врожденный гипертрофический пилоростеноз;
 - c. Врожденная дисфункция коры надпочечников; *
 - d. Врожденная аномалия клитора;

2. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
 - a. УЗИ внутренних органов;
 - b. Неонатальный скрининг; *
 - c. Кардиоскрининг;
 - d. Тандемная масс-спектрометрия; *
 - e. Определение уровня 17-ОН (гидроксипрогестерон);
 - f. Генетический тест;

3. Какова дальнейшая тактика врача-неонатолога?
 - a. контроль глюкозы, электролитов; *
 - b. коррекция электролитов крови; *
 - c. консультация эндокринолога; *
 - d. контроль мочевины, креатинина, ОАМ;
 - e. проведение заместительной терапии глюко-/минералокортикоидами; *
 - f. консультация генетика;

4. Прогноз при корректном ведении пациента:
 - a. Неблагоприятный;
 - b. Сомнительный; *
 - c. Благоприятный;
 - d. Смертельный;

Ситуационная задача №19 (сценарий 1).

Девочка от матери 25 лет, с отягощенным соматическим анамнезом (аутоиммунный тиреоидит), гинекологический анамнез не отягощен. От I беременности, протекавшей в 1 триместре – с токсикозом, анемией, во 2 триместре – с угрозой прерывания, в 3 триместре – с отеками. Роды I, на сроке 42 - 43 нед., самостоятельные (1 период – 11ч 30 мин, 2 период – 20 мин, безводный промежуток – 7ч 10 мин). Околоплодные воды светлые. Масса при рождении 4100 г, рост 51 см, окружность головы 34 см, окружность груди 33 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. Приложена к груди в родильном зале.

Находилась на совместном пребывании с мамой. Выписана домой на 3 сутки жизни.

При первом патронаже новорожденного обращают на себя внимание низкий грубый голос при плаче, увеличение языка, признаки морфофункциональной незрелости. Спонтанная двигательная активность снижена. Сосет вяло. Мышечный тонус и рефлексы снижены. Кожа иктеричная на бледно-розовом фоне, чистая. Пупочный остаток в скобе. Лицо, тыльные поверхности кистей и стоп отечны. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Наружные половые органы сформированы правильно по женскому типу. Стул желтый, не обильный, 1 раз в сутки. Моча светлая, мочится редко.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз:
 - a. Гипотиреоз; *
 - b. Задержка физического развития вследствие недостаточности питания;
 - c. Желтуха новорожденных;
 - d. Макроглоссия;
2. Какие лабораторные и инструментальные обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
 - a. Клинический анализ крови;
 - b. Анализ крови на гормоны – кортизол, АКТГ;
 - c. Анализ крови на гормоны - ТТГ и Т₄; *
 - d. Клинический анализ мочи;
3. Для дальнейшего выбора тактики ведения пациента необходима консультация:
 - a. Врача-кардиолога;
 - b. Врача-невролога;
 - c. Врача-гастроэнтеролога;
 - d. Врача-эндокринолога; *
4. Для лечения данного заболевания назначают:
 - a. Фототерапию непрерывно;
 - b. Респираторную поддержку;
 - c. Заместительную гормональную терапию; *
 - d. Антимикотическую терапию;

Ситуационная задача №20 (сценарий 2).

Мальчик от женщины 37 лет, страдающей хр. тонзиллитом, с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, от III беременности (I беременность в 2010 г – мед. аборт, II беременность в 2016 году – самопроизвольный выкидыш на ранних сроках в 6 - 7 нед.), протекавшей с угрозой прерывания в I и II триместре и стационарным лечением по этому поводу, получала длительно угрожающую анемию, до 100 г/л во II триместре, небольшими отеками в III триместре и повышенным артериальным давлением. Роды I, в 36 нед., в головном предлежании, путем операции экстренного кесарева сечения, в связи с повышением артериального давления у матери. Масса при рождении 2420 г, длина 47 см, окружность головы 34 см. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Закричал после тактильной стимуляции. К груди в род. зале не приложен. В первые сутки находился в детском отделении (энтеральное кормление начато с 6 часов жизни адаптированной молочной смесью для недоношенных). Со 2-ых суток переведен в отделение Мать и Дитя и соединен с матерью. Приложен к груди на 2 сутки жизни и рекомендован режим свободного вскармливания. На 3 сутки вес составил 2160 г, в связи с чем начат докорм по 10 мл 6-7 раз в день искусственной адаптированной смесью для недоношенных. На 5 сутки жизни вес составил 2240 г. Неонатальный скрининг взят на 4 сутки. БЦЖ-М – не вакцинирован, в связи с отсутствием вакцины. Вакцинация против гепатита В не проводилась. Ребенок выписан на 6 сутки жизни домой в удовлетворительном состоянии. В обменной карте нет данных о прохождении аудиоскрининга. Со слов мамы ребенка – замечаний у врачей не было.

Общий анализ крови на 2-ые сутки жизни: НЬ — 220 г/л, эритроциты — $5,8 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель — 0,95, лейкоциты — $8,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы — 39%, эозинофилы — 5 %, лимфоциты — 48%, моноциты — 4%, СОЭ — 8 мм/час. Общий анализ мочи на 2-ые сутки жизни: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1002, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — 1-3 в п/з, цилиндры — нет, соли — кристаллы мочевой кислоты немного. Биохимический анализ крови на 3 сутки жизни: общий белок — 55,1 г/л, билирубин общий 85 мкмоль/л, билирубин непрямой — 79 мкмоль/л, прямой — 6 мкмоль/л, мочевины — 4,5 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 135 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

1. Оцените состояние новорожденного ребенка:
 - a. Крайне тяжелое;
 - b. Средней степени тяжести;
 - c. Тяжелое;
 - d. Удовлетворительное; *

2. Перечислите факторы риска по нарушению процессов ранней адаптации:
 - a. Половой криз;
 - b. Милия;
 - c. Транзиторная потеря первоначальной массы тела; *
 - d. Кишечный катар;
3. В ОАМ явления мочекишечного инфаркта, необходимо:
 - a. Увеличить количество потребляемой ребёнком жидкости; *
 - b. Перевести мать на строгую диету;
 - c. Перевести ребенка на кормление безлактозной смесью
4. По данным клинических рекомендаций ребенка следовало приложить к груди:
 - a. После выписки;
 - b. В родзале; *
 - c. На 3-е сутки жизни;
 - d. По достижению веса 3000г;

Ситуационная задача №21 (сценарий 1).

Мальчик, возраст- 3-е сутки жизни, находится в родильном доме. Ребенок от соматически здоровой женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-м триместре, во II и III триместрах - без особенностей. Роды срочные, самостоятельные, в головном предлежании. Масса тела при рождении 3350 г, длина тела 52 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родзале, сосал активно. Переведен в отделение «Мать и дитя». На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов лица и туловища.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет активно, не срыгивает. Крик громкий. Масса тела 3130. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, крупнопластинчатое шелушение на коже туловища и конечностей, пупочная ранка чистая. ЧДД 38/мин., сердечные тоны звучные, ЧСС 140/мин, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. При плаче - тремор подбородка.

Группа крови матери 0 (I) Rh-положительная. Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная. Общий анализ крови: НЬ — 195 г/л, эритроциты — $5,9 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 1,5%, цветовой показатель — 0,94, лейкоциты — $9,0 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 5%, сегментоядерные

нейтрофилы— 43%, эозинофилы — 1%, лимфоциты — 48%, моноциты - 5%, СОЭ — 2 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет. Биохимический анализ крови на 3-и сутки жизни: общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 185 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, АЛТ — 25 ЕД/л, АСТ — 18 ЕД/л.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предварительный диагноз у данного ребенка:
 - a. Гемолитическая болезнь новорожденного по Rh – фактору;
 - b. Гемолитическая болезнь новорожденного по системе АВ0;
 - c. Неонатальная желтуха; *
 - d. Атрезия желчевыводящих путей;
2. К побочным явлениями фототерапии относятся:
 - a. Синдром "бронзового ребенка" у детей с холестазаом; *
 - b. Неукротимая рвота;
 - c. Везикулопустулезная сыпь;
 - d. Гиперемия кожи туловища;
3. Показание к началу фототерапии у доношенных новорожденных в первые сутки жизни – билирубин:
 - a. 200-250 мкмоль/л;
 - b. 100-200 мкмоль/л;
 - c. 60-120 мкмоль/л; *
 - d. 360 и выше мкмоль/л;
4. Дальнейшая тактика введения и наблюдения данного ребенка включает:
 - a. Вскармливание грудным молоком по требованию; *
 - b. Наблюдение за состоянием ребенка; *
 - c. Переход на полное парэнтеральное питание;
 - d. Контроль билирубина в динамике; *
 - e. Начать операцию заменного переливания крови;

Ситуационная задача №22 (сценарий 1).

На сроке 35 недель беременности в результате операции экстренного кесарева сечения по причине отслойки низко расположенной плаценты у женщины с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом (миопия высокой степени, поперечно-суженный таз), от первой

беременности родилась девочка с массой тела 1830 г, длиной тела 46 см и окружностью головы 28 см.

До 3-х недель находилась в отделении патологии новорожденных, выписана домой в удовлетворительном состоянии. Масса тела в настоящий момент 2900 г, длина тела 50 см, окружность головы 32 см. На смешанном вскармливании, получает грудное молоко и смесь для недоношенных новорожденных детей.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз этому новорожденному ребенку согласно МКБ – X:
 - a. P05.1 Малый размер плода для гестационного возраста; *
 - b. P05.0 «Маловесный» для гестационного возраста плод;
 - c. P05.2 Недостаточность питания;
 - d. P05.9 Замедленный рост плода неуточненный;
2. У данного ребенка при рождении также отмечается:
 - a. Макроцефалия;
 - b. Ретинопатия недоношенных;
 - c. Микроцефалия; *
 - d. Желтуха недоношенных;
3. Определите текущие физиологические потребности в основных нутриентах у данного ребенка на 3-й неделе жизни (белки, жиры, углеводы):
 - a. Белки - до 4 г/кг, Жиры - до 2,0 г/кг, Углеводы - до 20 г/кг;
 - b. Белки - до 2,5 г/кг, Жиры - до 6,0 г/кг, Углеводы - до 5 г/кг;
 - c. Белки - до 0,5 г/кг, Жиры - до 10,0 г/кг, Углеводы - до 14 г/кг;
 - d. Белки - до 2,5 г/кг, Жиры - до 6,0 г/кг, Углеводы - до 14 г/кг; *
4. Смесями для недоношенных детей являются:
 - e. Альфаре;
 - f. Кабрита 1;
 - g. ПреНАН; *
 - h. Семилак НеоШур; *

Ситуационная задача №23 (сценарий 2).

Родился здоровый доношенный ребенок от матери с группой крови O (I). отрицательным резус-фактором. Для заполнения истории развития новорожденного (форма 097/у) в родильном зале Вам необходимо получить предварительный результат определения группы крови по системе ABO и

резус-принадлежность ребенка с помощью цоликлонов. Пуповинная кровь в пробирку набрана.

ВОПРОСЫ:

1. Для определения предварительной группы крови и резус-фактора в родильном зале Вам понадобятся:
 - a. Моноклональные анти-А и анти-В антитела (цоликлоны анти-А, анти-В; *
 - b. Моноклональные анти-D антитела (цоликлон анти-D Супер); *
 - c. Пластина или планшет с секторами и/или лунками, подписанными соответственно – «анти-А», «анти-В», «анти-D», «контроль»; *
 - d. 33% полиглюкин;
2. Для получения корректного результата определения группы крови и резус-принадлежности соотношение кровь/цоликлон должно быть
 - a. 1:10; *
 - b. 1:20;
 - c. 1:1;
 - d. 10:1.
3. В случае если результат пробы: «анти-А» - гемагглютинации нет; «анти-В» - гемагглютинации нет; «анти-D» - гемагглютинация есть, то можно сделать вывод, что предварительная группа крови и резус принадлежность у ребенка следующая:
 - a. первая группа крови – О (I), резус-принадлежность – положительная; *
 - b. первая группа крови - О (I), резус-принадлежность – отрицательная;
 - c. четвертая группа крови – АВ (IV), резус-принадлежность – положительная;
 - d. четвертая группа крови – АВ (IV), резус-принадлежность – отрицательная;
4. При завершении определения группы крови используемые расходные материалы утилизируются как
 - a. отходы класса А;
 - b. отходы класса Б; *
 - c. отходы класса В;
 - d. отходы класса Г.

Ситуационная задача №24 (сценарий 2).

Родился здоровый доношенный ребенок от матери с группой крови О (I). отрицательным резус-фактором. Для заполнения истории развития новорожденного (форма 097/у) в родильном зале Вам необходимо получить

предварительный результат определения группы крови по системе АВО и резус-принадлежность ребенка с помощью цоликлонов. Пуповинная кровь в пробирку набрана.

ВОПРОСЫ:

1. Для определения предварительной группы крови и резус-фактора в родильном зале Вам понадобятся:
 - a. Моноклональные анти-А и анти-В антитела (цоликлоны анти-А, анти-В; *
 - b. Моноклональные анти-Д антитела (цоликлон анти-Д Супер); *
 - c. Пластина или планшет с секторами и/или лунками, подписанными соответственно – «анти-А», «анти-В», «анти-Д», «контроль»; *
 - d. 33% полиглюкин;
2. Для получения корректного результата определения группы крови и резус-принадлежности наблюдение за ходом реакции и легкое покачивание планшета должно продолжаться не менее
 - a. 3 минут; *
 - b. 30 секунд;
 - c. 5 минут;
 - d. 1 минуты.
3. В случае если результат пробы: «анти-А» - гемагглютинации нет; «анти-В» - гемагглютинация есть; «анти-Д» - гемагглютинация есть, то можно сделать вывод, что предварительная группа крови и резус принадлежность у ребенка следующая:
 - a. третья группа крови – В (III), резус-принадлежность – положительная; *
 - b. третья группа крови - В (III), резус-принадлежность – отрицательная;
 - c. вторая группа крови – А (II), резус-принадлежность – положительная;
 - d. вторая группа крови – АВ (IV), резус-принадлежность – отрицательная;
4. При завершении определения группы крови используемые расходные материалы утилизируются как отходы класса Б
 - a. с белой маркировкой;
 - b. с желтой маркировкой; *
 - c. с зеленой маркировкой;
 - d. с красной маркировкой.

Ситуационная задача №25 (сценарий 2).

В результате самопроизвольных родов родился живой доношенный ребенок. В возрасте 2 минут жизни наблюдается цианоз кожных покровов, спонтанное дыхание регулярное, частота сердечных сокращений 135 в минуту.

ВОПРОСЫ:

1. Для объективной оценки степени цианоза используется
 - a. кислородная проба;
 - b. пульсоксиметрия; *
 - c. ЭКГ-мониторинг;
 - d. Нейросонография;
2. Для получения корректного результата сатурации крови датчик пульсоксиметра в родильном зале необходимо накладывать
 - a. на правую руку; *
 - b. на левую руку;
 - c. на правую ногу;
 - d. на левую ногу;
3. Нормальным показателем сатурации крови при проведении пульсоксиметрии у ребенка в возрасте 2 минут жизни является
 - a. 50%;
 - b. 64%;
 - c. 68%; *
 - d. 99%;
4. В данном случае в отношении ребенка требуется
 - a. динамическое наблюдение без активных вмешательств на данный момент; *
 - b. дотация дополнительная дотация 100% кислорода;
 - c. незамедлительная интубация трахеи и ИВЛ;
 - d. начать СРАР-терапию с дотацией 40% кислорода.