

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 30.08.2023 13:27:20
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757e

Приложение 5

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра госпитальной педиатрии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике, доктор медицинских
наук, доцент
Городулина Т.В.

Городулина
«26» мая 2023 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
И ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Специальность: 31.08.18 Неонатология

Квалификация: Врач-неонатолог

г. Екатеринбург
2023 г.

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО специальности 31.08.18 Неонатология, утвержденного приказом Минобрнауки России № 559 от 30.06.2021 г. и с учетом профессионального стандарта «Врач-неонатолог», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №136н от 14.03.2018 г.

Составители программы государственной итоговой аттестации и фонда оценочных средств:

№	ФИО	Должность	уч. степень	уч. звание
1	Вахлова И.В.	Зав. кафедрой госпитальной педиатрии	Д.м.н.	Профессор
2	Кузнецов Н.Н.	Доцент кафедры госпитальной педиатрии	К.м.н.	Доцент
3	Громада Н.Е.	Доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП	Д.м.н.	Доцент
4	Мухаметшин Р.Ф.	Доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии. Заведующий отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорождённых и недоношенных детей №2 ГАУЗ СО ОДКБ	К.м.н.	-

Рабочая программа дисциплины одобрена представителями профессионального и академического сообщества.

Рецензенты:

- зав. кафедрой детских болезней лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России Зеленцова В.Л., д.м.н. профессор
- главный врач Екатеринбургского клинического перинатального центра, кандидат медицинских наук Ксенофонтова Ольга Леонидовна

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена

- на заседании кафедры госпитальной педиатрии (протокол № 22 от 20.04.2023г.);
- на заседании методической комиссии специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее – программа ординатуры) по специальности 31.08.18 Неонатология завершается государственной итоговой аттестацией (ГИА) для выпускников, выполнивших план и программу обучения. Выпускник должен обладать всеми компетенциями, соответствующими области профессиональной деятельности – охране здоровья граждан путем обеспечения оказания специализированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения. Вид профессиональной деятельности, к которой готовится выпускник, – врачебная практика в области неонатологии. Программа ГИА ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник по специальности 31.08.18 Неонатология в соответствии с требованиями ФГОС ВО:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Основная цель вида профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение заболеваний и (или) состояний у детей периода новорожденности, реабилитация пациентов.

Цель ГИА – оценить степень освоения программы ординатуры и соответствие результата освоения программы квалификационным требованиям, которые предъявляются к специалисту согласно приказу Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

ГИА проводится государственными экзаменационными комиссиями с целью определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям ФГОС ВО. Для проведения ГИА приказом ректора утверждается состав комиссий по специальностям, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии, назначаемых из числа преподавателей университета, представителей органов управления здравоохранением, представителей работодателей.

При разработке программы ГИА и фонда оценочных средств (ФОС) учитываются требования и рекомендации действующих нормативно-правовых актов и иных документов, регламентирующих организацию и осуществление образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры:

- Федеральный закон РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. N 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры";
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. N 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-

педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки";

- Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса (утвержденные зам. министра образования и науки РФ А.А. Климовым от 08.04.2014 № АК-44/05вн);
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1061 по специальности 31.08.18 Неонатология;
- Профессиональный стандарт «Врач-неонатолог», утвержденный приказом №136 Минтруда России от 14 марта 2018 г.;
- Клинические рекомендации, национальные руководства и порядки оказания медицинской помощи по профилю специальности 31.08.18 Неонатология.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ И ЭТАПОВ ГИА

ГИА проводится в форме государственного экзамена, что предусматривает подготовку к ГИА и сдачу государственного экзамена выпускником. Процедура ГИА состоит из трех этапов, проводимых последовательно:

I этап – оценка уровня освоения навыков и умений (в том числе оценивание навыков с использованием симуляционного оборудования в Аккредитационно-симуляционном центре и сдачу навыков у «постели больного»);

II этап – междисциплинарное аттестационное тестирование, включающее вопросы всех дисциплин учебного плана,

III этап – собеседование по билетам в виде междисциплинарных ситуационных задач.

3. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГИА И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ

ГИА включает 3 этапа:

I этап: оценка уровня освоения практических умений и навыков;

II этап: междисциплинарное аттестационное тестирование;

III этап: собеседование на основе решения междисциплинарных ситуационных задач.

I этап: оценка уровня освоения практических умений и навыков

Оценка навыков и умений проводится в соответствии с программой практики и симуляционного курса на клинических базах в виде представления пациента и его истории болезни, демонстрация методики исследования. В условиях клинической базы «у постели больного» ординатор должен продемонстрировать следующие навыки:

- собрать и проанализировать анамнез;
- провести объективное исследование;
- выявить клинические симптомы и синдромы;
- оценить лабораторные и инструментальные методы обследования;
- сформулировать клинический диагноз;
- назначить план дополнительного обследования;
- обосновать план лечения;
- выписать рецепт на один из лекарственных препаратов, назначенных пациенту.

Параметры оценочных средств.

Оценивается умение работать с медицинской документацией, пациентом и его законными представителями: собрать анамнез, провести осмотр, выделить ведущие симптомы и синдромы, поставить диагноз, назначить питание, лечение, определить прогноз.

1. Предлагаемое количество - 1 пациент.

2. Выборка – случайная.

3. Продолжительность подготовки и сдачи экзамена - 60 минут.

Критерии оценки уровня освоения практических умений и навыков I этапа:

«Отлично» - проведен подробный расспрос родителей/законных представителей новорожденного ребенка, при их отсутствии – подробно изложен анамнез по данным медицинской документации, сформулированы ведущие позиции антенатального и перинатального анамнеза, биологического анамнеза матери, генеалогического, эпидемиологического анамнеза. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего, фонового заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов. Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз. Представлена тактика ведения пациента: определены методы нутритивной поддержки и вид вскармливания, лечение. При общении с родственниками пациента проявлены толерантность к его социальному, этническому статусу, эмпатия. Результаты объективного исследования изложены литературным языком с использованием современной медицинской терминологии. Проявлены демонстрация навыков клинического мышления и знания современных клинических рекомендаций.

«Хорошо» - имеются замечания непринципиального характера, устраняемые экзаменуемым самостоятельно в процессе обсуждения пациента. Результаты объективного исследования изложены литературным языком с использованием современной медицинской терминологии. Проявлены демонстрация навыков клинического мышления и знания современных клинических рекомендаций.

«Удовлетворительно» - имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, формулированию диагноза, тактике наблюдения и лечения, устраняемые экзаменуемым после наводящих вопросов. Проявлены недостаточное владение навыком выделения ведущих клинических симптомов и синдромов, обоснования диагноза. Допущены ошибки в употреблении медицинских терминов. Имеются знания современных клинических рекомендаций и протоколов.

«Неудовлетворительно» - допущены значительные ошибки при проведении обследования пациента. Дополнительные и уточняющие вопросы экзаменатора не приводят к коррекции ответа. Отсутствуют навыки клинического мышления. Проявлены незнания современных клинических рекомендаций и протоколов.

II этап: междисциплинарное аттестационное тестирование

Проводится на основе компьютерных технологий (электронных носителей тестовых заданий) с использованием банка тестовых заданий, охватывающих содержание дисциплин базовой части учебного плана 31.08.18 Неонатология. Тестовый контроль предусматривает ответы на 100 вопросов из разных дисциплин программы.

Параметры оценочных средств:

1. Предлагаемое количество вопросов - 100.
2. Предлагаемое количество вариантов – 3.
3. Выборка – случайная.
4. Предел длительности этапа - 2 часа
5. Критерии оценки:

70-80% правильных ответов -	удовлетворительно
81-90% правильных ответов -	хорошо
91% и выше -	отлично

III этап: собеседование на основе решения междисциплинарных ситуационных задач

Собеседование проводится по ситуационной задаче. Ситуационная задача представляет собой конкретный клинический случай. В задаче представлены жалобы, основные сведения из анамнеза заболевания и жизни пациента, приведены данные объективного

обследования, ряд показателей лабораторных и инструментальных методов исследования. По данным ситуационной задачи ординатор должен поставить диагноз и обосновать его, перечислить и обосновать необходимость дополнительных методов обследования, определить лечебную тактику, прогноз. Результат оценивается по 5-балльной системе.

Параметры оценочных средств.

Ситуационные задачи творческого уровня, позволяющие оценить не только знание фактического материала, но и умение синтезировать, анализировать, устанавливать причинно-следственные связи, объединять знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения -

1. Предлагаемое количество задач – 25.
2. Выборка – случайная.
3. Предел длительности - 30 мин.
4. Критерии оценки:

«Отлично» - обучающийся дает полный, развернутый ответ на задание, указанное в задаче. Демонстрирует навыки клинического мышления, умение анализировать информацию, выделять главные и второстепенные признаки болезни. Правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующим классификациям. Правильно обосновывает выбранную врачебную тактику в конкретной клинической ситуации, методы диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, выявляет причинно-следственные связи, уверенно аргументирует собственную точку зрения. Демонстрирует знания современных клинических рекомендаций.

«Хорошо» - дан достаточно полный ответ на задание, указанное в задаче. Показано умение мыслить логически, определять причинно-следственные связи в происхождении болезни. Демонстрирует знания современных клинических рекомендаций, при этом могут быть допущены недочеты или неглубокое понимание в некоторых теоретических вопросах. Достаточно правильно обосновывает выбранную врачебную тактику в конкретной клинической ситуации.

«Удовлетворительно» - дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ на задание, указанное в задаче. Отсутствует умение клинического осмысления ситуации. Демонстрирует неглубокие знания клинических рекомендаций. Допущены ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз.

«Неудовлетворительно» - допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика. Знания клинических рекомендаций отсутствуют.

Критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена

Результаты сдачи государственного экзамена определяются оценками "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение ГИА.

Итоговая оценка, полученная ординатором в ходе ГИА, учитывает результаты всех аттестационных испытаний и объявляется выпускнику в день оформления и утверждения в установленном порядке протоколов заседания ГЭК этапов.

«Отлично» заслуживает ординатор, усвоивший в полном объеме профессиональные компетенции, применивший междисциплинарные знания для решения профессиональных задач будущей профессии.

«Хорошо» заслуживает ординатор, усвоивший основные профессиональные компетенции, продемонстрировавший способность к их самостоятельному применению и развитию в ходе дальнейшей профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» заслуживает ординатор, обнаруживший пробелы в знаниях, допустивший в ответе и при демонстрации профессиональных навыков погрешности, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения.

«Неудовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему принципиальные (грубые) ошибки при демонстрации практических навыков и компетенций, что обуславливает невозможность приступить к самостоятельной работе без дополнительных знаний и навыков.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГИА

Перечень оборудования для сдачи практических навыков и умений, структурных подразделений для проведения практического этапа ГИА:

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
Кафедра госпитальной педиатрии	Учебные классы с комплексом учебно-методического обеспечения. Учебные слайды, видеофильмы. Компьютерный класс с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета. Мультимедийный проектор с набором презентаций. Моноблок (2 шт.) с выходом в сеть Интернет. Тестовые вопросы и задачи. Набор методических рекомендаций и пособий, монографий в учебном классе. Пособия для оценки психофизического развития ребенка. Электронные весы для детей до года, Аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками. Пеленальный стол. Сантиметровые ленты. Стетоскоп. Фонендоскоп. Термометр. Медицинские весы. Ростомер. Противошоковый набор. Набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий. Электрокардиограф. Облучатель бактерицидный. Негатоскоп. Учебная мебель (столы, стулья, банкетки).
ГАУЗ СО ОДКБ: ОНАОО, ОАР и ИТН и НД №1, ОАР и ИТН и НД №2, ОПН №1, ОПН и НД №2; -МБУ "ЕКПЦ": ОНАОО АС №1, ОАР и ИТН и НД АС №1, ОНАОО	Передвижные кровати для новорожденных. Кроватки с подогревом или матрасики для обогрева. Инкубатор стандартной модели (Natus). Инкубатор для новорожденных (интенсивная модель) (Natus, giraffe). Стол для пеленания с подогревом (Lullaby). Кислородная палатка. Источник лучистого тепла. Электронные весы для новорожденного. Инфузионный насос. Полифункциональный монитор. Пульсоксиметр (Masimo). Глюкометр (Akku-check).

АС №2, ОПН№1, ОПН №2, КРО, ОРРВ	Электроотсос. Оборудование для аудиологического скрининга. Электронный термометр для измерения ректальной температуры новорожденным. Фонендоскоп для новорожденных. Набор для первичной реанимации новорожденных. Реанимационный стол для новорожденных. Медицинская мебель для палат новорожденных. Монитор жизненно важных функций с датчиками для новорожденных. Наборы для катетеризации вен (центральных, периферических, глубокие венозные линии) для новорожденных, Медицинский аспиратор. Небулайзер с маской для новорожденных. Желудочные зонды для новорожденных. Кислородная палатка (УОМЗ). Установка для фототерапии (УОМЗ). Волемический инфузионный насос (помпа) (B.Braun). Инфузионный насос (B.Braun). Полифункциональный монитор (Nihon, Philips, Mindray) Ларингоскоп с набором клинков для новорожденных Аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ) для новорожденных (Avea). Аппарат для неинвазивной вентиляции легких и CPAP (SLE 1000, Arabella, Infant flow). Аппарат для высокочастотной осцилляторной ИВЛ (Sensor Medics 3100A). Расходный материал и инструменты палаты интенсивной терапии новорождённых. Установка для проведения тотальной гипотермии (Allon 2001). Монитор церебральных функций для новорожденных (NicoletOne). Светильник медицинский бестеневой передвижной (ЭМА). Транспортный инкубатор (УОМЗ). Помещения: ГАУЗ СО ОДКБ, ОПЦ: отделение новорожденных акушерского наблюдательного отделения, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №1 и №2, отделение патологии недоношенных детей №1, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей №2. МБУ ЕКПЦ: отделение новорожденных акушерского наблюдательного стационара №1 и №2, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии для новорожденных акушерского стационара №1, отделение патологии новорожденных №1 и №2, консультативный кабинет педиатрического стационара, консультативно-реабилитационное отделение, отделение реабилитации детей раннего возраста. Кабинеты в ГАУЗ СО ОДКБ, ОПЦ и МБУ ЕКПЦ: Кабинеты биохимической, вирусологической, серологической лабораторной диагностики.
--	--

	Лаборатория экспресс-диагностики: анализатор газов и кислотно-основного состояния крови. Кабинет УЗИ диагностики, кабинеты КТ и МРТ, рентгенологический кабинет.
--	---

Перечень лицензионного программного обеспечения

1. Системное программное обеспечение

1.1. Серверное программное обеспечение:

- VMwarevCenterServer 5 Standard, срок действия лицензии: бессрочно; VMwarevSphere 5 EnterprisePlus, срок действия лицензии: бессрочно, дог. № 31502097527 от 30.03.2015 ООО «Крона-КС»;
- WindowsServer 2003 Standard№ 41964863 от 26.03.2007, № 43143029 от 05.12.2007, срок действия лицензий: бессрочно;
- ExchangeServer 2007 Standard(лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);
- SQL ServerStandard 2005 (лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);
- CiscoCallManager v10.5 (договор № 31401301256 от 22.07.2014, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Микротест»;

1.2. Операционные системы персональных компьютеров:

- Windows 7 Pro (OpenLicense № 45853269 от 02.09.2009, № 46759882 от 09.04.2010, № 46962403 от 28.05.2010, № 47369625 от 03.09.2010, № 47849166 от 21.12.2010, № 47849165 от 21.12.2010, № 48457468 от 04.05.2011, № 49117440 от 03.10.2011, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011), срок действия лицензии: бессрочно);
- Windows7 Starter(OpenLicense№ 46759882 от 09.04.2010, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011, срок действия лицензий: бессрочно);
- Windows 8 (OpenLicense № 61834837 от 09.04.2010, срок действия лицензий: бессрочно);
- Windows 8 Pro(OpenLicense№ 61834837 от 24.04.2013, № 61293953 от 17.12.2012, срок действия лицензии: бессрочно).

2. Прикладное программное обеспечение

2.1. Офисные программы

- OfficeStandard 2007 (OpenLicense № 43219400 от 18.12.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);
- OfficeProfessionalPlus 2007 (OpenLicense № 42348959 от 26.06.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);
- OfficeStandard 2013 (OpenLicense№ 61293953 от 17.12.2012, № 49472004 от 20.12.2011, № 61822987 от 22.04.2013, № 64496996 от 12.12.2014, № 64914420 от 16.03.2015, срок действия лицензии: бессрочно);

2.2. Программы обработки данных, информационные системы

- Программное обеспечение «ТАНДЕМ.Университет» (включая образовательный портал educa.usma.ru) (лицензионное свидетельство № УГМУ/18 от 01.01.2018, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Тандем ИС»;
- Программное обеспечение портал дистанционного образования Six.Learning (лицензионное свидетельство от 18.07.2008), ООО «Цикс-Софт»;

2.3. Внешние электронные информационно-образовательные ресурсы

- ЭБС «Консультант студента», № 152СЛ.03-2019 от 23.04.19, срок действия до 31.08.2020, ООО Политехресурс;
- справочная правовая система Консультант плюс, дог. № 31705928557 от 22.01.2018, дог. № 31907479980 от 31.01.19 срок действия до 30.06.2019 с автоматическим продлением на год, ООО Консультант Плюс-Екатеринбург;

- Система автоматизации библиотек ИРБИС, срок действия лицензии: бессрочно; дог. № ИР-102П/02-12-13 от 02.12.13 ИП Охезина Елена Андреевна;
- Институциональный репозиторий на платформе DSpace (Электронная библиотека УГМУ), срок действия лицензии: бессрочно; дог. установки и настройки № 670 от 01.03.18 ФГАОУ ВО УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина.

5. РЕКОМЕНДУЕМАЯ УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГИА

5.1. Основная литература

5.1.1 Электронные учебные издания (учебники, учебные пособия)

1. Шабалов Н.П., Неонатология: в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 704 с. - ISBN 978-5-9704-3794-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437940.html>
2. Шабалов Н.П., Неонатология [Электронный ресурс] / Н.П. Шабалов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-3795-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437957.html>
3. Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Р.Р. Кильдияровой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Детские болезни. Т.1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
5. Детские болезни. Т.2. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

5.1.2. Электронные базы данных, к которым обеспечен доступ.

1. Федеральные клинические рекомендации и протоколы по неонатологии, утвержденные на заседании РАСПМ 06 ноября 2015 г и проекты 2016 г. , <http://ruspm.ru/index.php/metodicheskie-recomendatsii>.
2. База данных «Электронная библиотека технического ВУЗа» (ЭБС «Консультант студента») Доступ к комплектам «Медицина. Здравоохранение. ВО». «Гуманитарные и социальные науки», «Естественные и точные науки» (полнотекстовая) Контракт №152СЛ/03-2019 от 23.04.2019
3. Электронная База Данных (БД) Medline Medline complete
Сублицензионный договор №646Medline от 07. 05. 2018 Сайт БД:
<http://search.ebscohost.com>
4. Политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая (библиометрическая) база данных Scopus
Сублицензионный договор №1115/Scopus от 01.11.18 Сайт БД: www.scopus.com
5. Политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая (библиометрическая) база данных Web of Science
Сублицензионный договор №1115/WoS от 02.04.18 Сайт БД:
<http://webofknowledge.com>
6. Научная электронная библиотека Science Index "Российский индекс цитирования". Простая неисключительная лицензия на использование информационно-аналитической системы Science Index Лицензионный договор SCIENCE INDEX №SIO-324/2019 от 27.05.2019
7. Федеральная электронная медицинская библиотека МЗ РФ <http://www.femb.ru/feml/>
8. Национальная библиотека США <http://www.nlm.nih.gov/PubMed>
9. <http://www.pedklin.ru> - Московский НИИ педиатрии и детской хирургии
10. <http://www.antibiotic.ru> – Антибиотикотерапия
11. <http://www.rusmedserv.com>- Русский медицинский сервер
12. Сайт Союза педиатров России — URL: <http://www.pediatr-russia.ru/>
13. Сайт Ассоциации неонатологов — URL: <http://neonatology.pro>
14. Сайт Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины — URL:<http://www.raspm.ru>

15. Сайт Министерства здравоохранения РФ — URL: <http://www.rosminzdrav.ru>

5.1.3. Учебники

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - краткое издание. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.: ил. - (Национальные руководства). 616-053.3 H524.
2. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство / В.Ф. Учайкин, В.П. Молочный. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с.: ил.
3. Педиатрия : национальное руководство / под ред. А. А. Баранова. - краткое издание. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. - (Национальные руководства). 616-053.2 П24.
4. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. : ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста").
5. Профилактическая педиатрия : руководство для врачей / Минздравсоцразвития РФ, Союз педиатров России, НИЗД РАМН, ПМГМУ им И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова ; под ред. А. А. Баранова. - Москва : Союз педиатров России, 2012. - 692 с. 616-053.2 П842.
6. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. - (Библиотека врача-специалиста: педиатрия). 616-053.2 P851.
7. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник для студ. педиатр. фак-та мед. ин-тов: в 2-х т.. Т.1./Н.И. Шабалов.- СПб., 2012; Т.2./Н.И. Шабалов.- СПб., 2012.

5.1.4. Учебные пособия

1. Александрович Ю.С. Интенсивная терапия новорожденных. - М.: Н-Л, 2013.- 672 с.
2. Клиническое обследование детей на амбулаторно - поликлиническом этапе/ под. Ред. О.П. Ковтун., А.М. Чередниченко и др.- Екатеринбург, УГМУ, 2013 - 435с.
3. Герпетические инфекции у детей/ под. ред. А. У. Сабитова. - Екатеринбург, УГМУ, 2014 – 114 с.
4. Основы поликлинической педиатрии/ под. ред. А.А. Джумагазиева.- Ростов и/Д: Феникс, 2015. -382 с.

5.2 Дополнительная литература

5.2.1. Учебно-методические пособия

1. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: руководство. Савельева Г.М., Конопляников А.Г., Курцер М.А. 2013. — 144 с.
2. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных [Текст]: рук/А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 288 с.: ил., табл.
3. Гурьева В.А. Антенатальное наблюдение. Оценка состояния плода и новорожденного. Методическое пособие. / В.А.Гурьева. – Барнаул: Изд-во ГБОУ ВПО АГМУ МЗ России, 2012. – 60 с.
4. Гурьева В.А., Немцева Т.В. Мониторинг течения родов и интранатальная оценка состояния плода: метод. рекомендации. / В.А.Гурьева, Т.В. Немцева. — Барнаул: Изд-во ГБОУ ВПО АГМУ МЗ России, 2012. – 52с.
5. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей. Яцык Г.В. Союз педиатров России.- М.- 2012.- С. 56-78.
6. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты в практике педиатра: справ. Практикующего врача / Ф.И. Ершов, М.Г. Романцов, И.Ю. Мельникова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭТАР-Медиа, 2013. -340с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

7. Инфекции, передающиеся половым путем. Клинические лекции / под ред. В. Н. Прилепской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 160 с.
8. Ковтун О.П. Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы у детей: проблемы и решения / Н.Е. Громада, О.П. Ковтун.- Екатеринбург: УГМА, 2011 .-275 с.
9. Кузнецов Н.Н. Молекулярно-генетическая диагностика тромбофилических состояний – генетические основы материнской, плодовой и неонатальной патологии / Н.Н. Кузнецов, А.Н. Плаксина, О.П. Ковтун // Системная интеграция в здравоохранении. – 2012. – № 3. – С. 40-51.
10. Неонатальная неврология. Студеникин В.М., Шамансуров Ш.Ш. М.: 2014. – 479 с.
11. Неонатальные желтухи [Текст]: учеб. пособие для врачей, интернов, клин, ординаторов / сост.: Е. В. Кулакова, С. М. Безроднова, Г. М. Бондаренко [и др.]. — Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2013. -94 с.: табл., рис.
12. Основы перинатологии. Д.О. Иванов. СПб.: 2015. – 1048 с.
13. Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22-27 недель. Д.О.Иванов, О.Г.Капустина, Т.К.Мавропуло и др, ред. Д.О.Иванов, Д.Н.Сурков. СПб.: Информ-Навигатор,2013.-132 с.
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 27 декабря 2011 г. N 1687н г. Москва "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи"
15. Принципы этапного выхаживания недоношенных детей. Намазова – Баранова Л.С. Союз педиатров России.- М.- 2013. – 217 С.
16. Реанимация новорожденных / Под ред. Дж. Каттвинкеля; пер. с англ.; под ред. М.В. Дегтяревой. - М.- Логосфера. - 2012. - 408 с.
17. Романенко В.А Основы оптимального ухода за недоношенными детьми в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии / А.П.Аверин, К.В.Романенко, А.И.Гаева; под ред. В.А.Романенко. Челябинск: издательство ООО фирма «Пирс», 2011. – 220 с.
18. Фармацевтический справочник для врача неонатолога. Ковтун О.П., Пастухова Т.П., Мухаметшин Ф.Г. и др. - Екатеринбург: УГМА, 2010 .- 212 с.
19. Фомичев М.В., Мельне И.О. Терапия тяжелых инфекций у новорожденных : монография – Екатеринбург: Гуманитарный университет, 2011.- 112 с.
20. Эндокринология: национальное руководство / под ред.: И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - краткое издание. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 752 с. - (Национальные руководства). 616.4 Э645.

5.2.2. Литература для углубленного изучения, подготовки рефератов

Электронные ресурсы

1. Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db>
2. Протоколы ведения больных:
<http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols3&mod2=db>
3. Государственный реестр лекарственных средств:
<http://www.drugreg.ru/Bases/WebReestrQuery.asp>

Электронные версии журналов

1. РАСПМ <http://ruspm.ru/index.php/metodicheskie-rekomendatsii>.
2. «Consilium medicum» - <http://www.consilium-medicum.com/media/consilium>
3. «Вестник доказательной медицины» - <http://www.evidence-update.ru/>
4. «Врач» - <http://www.rusvrach.ru/journals/vrach>
5. «Гематология и трансфузиология» - <http://www.medlit.ru/medrus/gemat.htm>

6. «Интенсивная терапия» - <http://www.icj.ru>
7. «Инфекции и антимикробная терапия» - <http://www.consilium-medicum.com/media/infektion/index.shtml>
8. «Справочник поликлинического врача» <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
9. Журнал Педиатрия <http://www.pediatrjournal.ru>
10. Журнал «Лечащий врач» Педиатрия <http://www.lvrach.ru/rub/11000056>
11. «Российский медицинский журнал» Педиатрия http://www.rmj.ru/articles_theme_12.htm
12. Союз педиатров России (журналы) <http://www.pediatr-russia.ru/node/54>
13. Журнал «Российский вестник перинатологии и педиатрии» <http://www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped>

6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

6.1. Перечень компетенций, оценивание сформированности которых выносится на ГИА.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология, должен обладать

3.1. Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Категория (группа) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции, соотнесенного со знаниями и умениями, указанными в профессиональном стандарте
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Умеет анализировать проблемную ситуацию как систему, выявлять ее составляющие и связи между ними УК-1.2 Умеет осуществлять поиск и интерпретировать информацию, необходимую для решения проблемной ситуации в области медицины и фармации в профессиональном контексте; критически оценивать надежность источников информации, работать с противоречивой информацией УК-1.3 Умеет разрабатывать и содержательно аргументировать стратегию действий для решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов УК-1.4 Умеет использовать логико-методологический инструментарий для критической оценки современных научных достижений в области медицины, фармации, философских и социальных концепций в своей профессиональной деятельности
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Знает нормативно-правовые основания в сфере здравоохранения УК-2.2 Умеет разрабатывать концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы: формулирует цель, задачи, обосновывает актуальность, ожидаемые результаты, определяет круг партнеров и характер взаимодействия с ними УК-2.3 Умеет разрабатывать план реализации проекта с использованием инструментов планирования УК-2.4 Умеет осуществлять мониторинг хода реализации проекта, корректировать отклонения и вносить необходимые

Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	изменения в план реализации проекта УК-3.1 Знает основы стратегического управления человеческими ресурсами, модели организационного поведения, факторы формирования организационных отношений, принципы командной работы в медицинских организациях УК-3.2 Умеет определять стиль управления для эффективной работы команды; понимает эффективность использования стратегии сотрудничества для достижения поставленных целей; вырабатывать командную стратегию и определять свою роль в команде врачей, среднего и младшего медицинского персонала УК-3.3 Умеет разрешать конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и особенностей их поведения в медицинской организации при организации медицинской помощи населению УК 3.4 Имеет опыт участия в дискуссиях и обсуждениях результатов работы команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала УК-3.5 Использует в цифровой среде различные цифровые средства, позволяющие достигать поставленных целей во взаимодействии с другими людьми и при работе в команде врачей, среднего и младшего медицинского персонала в процессе организации медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии для академического и профессионального взаимодействия УК-4.1. Умеет устанавливать и развивать профессиональные контакты, включая обмен информацией и выработку стратегии взаимодействия УК-4.2. Имеет практический опыт представления результатов академической и профессиональной деятельности на различных публичных мероприятиях, использования современных информационных и коммуникационных средства и технологий
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Умеет объективно оценивать свои ресурсы (личностные, ситуативные, временные) и оптимально их использовать для совершенствования собственной деятельности УК-5.2 Умеет анализировать результаты, полученные в ходе своей профессиональной деятельности, осуществлять самоконтроль и самоанализ процесса и результатов профессиональной деятельности, критически их оценивать, делать объективные выводы по своей работе, корректно отстаивать свою точку зрения УК-5.3 Умеет определять приоритеты

		профессионального роста и способы совершенствования профессиональной деятельности на основе построения индивидуальной образовательной траектории и инструментов непрерывного образования, в том числе в условиях неопределенности УК-5.4 Имеет представление о здоровьесберегающих технологиях, необходимых для поддержания здорового образа жизни с учётом физических особенностей организма УК-5.5 Умеет применять на практике разнообразные средства физической культуры, спорта и туризма для сохранения и укрепления здоровья, психофизической подготовки и самоподготовки к будущей жизни и профессиональной деятельности УК-5.6 Соблюдает и пропагандирует нормы здорового образа жизни в различных жизненных ситуациях и профессиональной деятельности
--	--	--

3.2. Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Категория (группа) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции, соотнесенного со знаниями и умениями, указанными в профессиональном стандарте
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Имеет представления о справочно-информационных системах и профессиональных базах данных, принципах работы современных информационных технологий, основах информационной безопасности в профессиональной деятельности ОПК-1.2 Умеет осуществлять поиск информации, необходимой для решения задач профессиональной деятельности с использованием справочно-информационных систем и профессиональных баз данных, применять современные информационные технологии в профессиональной деятельности ОПК-1.3 Умеет обеспечивать защиту персональных данных и конфиденциальность в цифровой среде ОПК-1.4 Использует современные информационные технологии для решения задач профессиональной деятельности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Реализует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и проводит оценку качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей ОПК-2.2 Анализирует и дает оценку качеству оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской

		помощи и основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Владеет основами научно-методической работы в высшей школе и среднем профессиональном образовании, понятийно-категориальным аппаратом педагогической теории и практики, современными образовательными методиками и технологиями ОПК-3.2 Использует требования федеральных государственных образовательных стандартов, предъявляемые к форме и содержанию образовательных программ ОПК-3.3 Формулирует цели и определяет содержание, формы, методы обучения и воспитания, использует инновационные, интерактивные информационные технологии и визуализацию учебной информации
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит обследование пациента, применяя современные методологические подходы к установлению диагноза ОПК-4.2. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, анализирует полученную информацию, проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретирует его результаты ОПК-4.3 Обосновывает необходимость и определяет объем лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи и интерпретирует их результаты
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Разрабатывает план лечения заболевания пациента в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи ОПК-5.2 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи ОПК-5.3 Оценивает эффективность и безопасность назначенной медикаментозной и немедикаментозной терапии
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или	ОПК-6.1 Определяет медицинские показания для проведения и проводит мероприятия медицинской реабилитации, в том числе, при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

	абилитации инвалидов	(протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи ОПК-6.2 Назначает санаторно-курортное лечение пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации, в том числе, при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ОПК-6.3 Осуществляет контроль выполнения и оценивает эффективность и безопасность реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов и входит в состав врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности ОПК-7.2 Проводит подготовку медицинской документации для медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы ОПК-7.3 Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функций органов и систем организма человека, для прохождения медико-социальной экспертизы
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Назначает профилактические мероприятия с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, санитарно-эпидемиологическими правилами, с учетом стандартов медицинской помощи и контролирует их эффективность ОПК-8.2 Разрабатывает программы здорового образа жизни, включая программы физической активности, рационального питания, снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оценивает эффективность профилактической работы с населением ОПК-8.3 Проводит пропаганду здорового образа жизни, организует санитарно-просветительную работу и гигиеническое

		воспитание, информирование населения о современных средствах профилактики неинфекционных и инфекционных заболеваний
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в медицинской организации и среди населения ОПК-9.2 Заполняет и контролирует качество ведения медицинской документации, в том числе, в электронном виде ОПК-9.3 Контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Диагностирует состояния, представляющие угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме ОПК-10.2 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и /или дыхания)

3.3. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Категория (группа) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональных компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции, соотнесенного со знаниями и умениями, указанными в профессиональном стандарте
Оказание специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям по профилю «Неонатология»	ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)	ПК-1.1 Интерпретирует и анализирует полученную информацию о состоянии здоровья матери ребенка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течении настоящих беременности и родов, выявляет факторы риска развития патологии у новорожденного и недоношенного ребенка, которые могут возникнуть в процессе родов и сразу после рождения ребенка ПК-1.2 Проводит оценку признаков живорождения, проводит клинический осмотр новорожденного и недоношенного ребенка и оценивает его состояние непосредственно после рождения ПК-1.3 Организует и оказывает медицинскую помощь новорожденному и недоношенному ребенку в родильном зале в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.4 Назначать и организовывать проведение лабораторных и инструментальных исследований у

		новорожденных и недоношенных детей в родильном зале ПК-1.5 Проводит диагностические манипуляции, интерпретирует результаты лабораторных исследований у новорожденных и недоношенных детей, полученные в первые часы жизни ПК-1.6 Формулирует предварительный диагноз с учетом МКБ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи ПК-1.7 Проводит поддержание и восстановление жизненно важных функций организма при угрожающих жизни состояниях у новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.8 Осуществляет транспортировку новорожденного и недоношенного ребенка из родильного зала в соответствии с его состоянием
	ПК-2 Проводит медицинское обследование новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза	ПК-2.1 Проводит интерпретацию и анализирует полученную информацию о состоянии здоровья матери ребенка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течении настоящих беременности и родов, динамике состояния ребенка после рождения, анамнезе заболевания ребенка ПК-2.2 Проводит и интерпретирует данные клинического осмотра новорожденного и недоношенного ребенка ПК-2.3 Интерпретирует и анализирует показатели прикроватного мониторинга жизненно важных функций у новорожденных и недоношенных детей ПК-2.4 Обосновывает и планирует объем лабораторных и инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; организует и осуществляет забор биологического материала у новорожденных и недоношенных детей с диагностической целью; интерпретирует и анализирует результаты лабораторных и инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей ПК-2.5 Выявляет клинические симптомы и синдромы, патологические состояния и заболевания, применяет методы дифференциальной диагностики заболеваний и патологических состояний, формулирует диагноз с учетом МКБ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по

		вопросам оказания медицинской помощи, интерпретирует и анализирует результаты динамического наблюдения и обследования новорожденных и недоношенных детей
	ПК-3 Проводит вскармливание, выхаживание и лечение новорожденных и недоношенных детей	ПК-3.1 Назначает и проводит питание, в том числе, лечебное питание новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, осуществляет контроль его эффективности ПК-3.2 Назначает лечебно-охранительный режим новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, назначает и применяет методы выхаживания и ухода ПК-3.3 Назначает и проводит лечение новорожденных и недоношенных детей (в том числе с привлечением врачей-специалистов по медицинским показаниям), проводит оценку эффективности и безопасности проводимого лечения ПК-3.4 Осуществляет профилактику инфекций у новорожденных и недоношенных детей, связанных с оказанием медицинской помощи
	ПК-4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПК-4.1 Рекомендует профилактические и оздоровительные мероприятия новорожденным и недоношенным детям, обучает законных представителей ребенка и ухаживающих лиц навыкам физиологического ухода, навыкам профилактики заболеваний новорожденных и недоношенных детей ПК-4.2 Организует и проводит мероприятия по поддержке грудного вскармливания, рекомендует оптимальный вид питания для новорожденного и недоношенного ребенка в случаях невозможности грудного вскармливания ПК-4.3 Организует проведение неонатальных скринингов на врожденные и наследственные заболевания ПК-4.4 Организует проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей ПК-4.5 Организует и проводит противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции в отделениях неонатологического профиля

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология, должен быть готовым к решению следующих профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности:

- профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
 проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
 проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей, характеризующих состояние их здоровья;

- диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

- лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

- реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

- психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

- организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений - отделений новорожденных акушерских наблюдений (ОНАОО), реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделений патологии новорожденных (ОПН) и поликлиники;

организация проведения медицинской экспертизы историй болезни, пособий, манипуляций, клинических случаев;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях: ОНАОО, ОРИТН, ОПН, поликлинике;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ОНАОО, ОРИТН, ОПН, поликлинике) благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология, должен приобрести знания, умения и навыки в соответствии с требованиями трудовых функций профессионального стандарта:

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 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 в экстренной форме:

должен знать:

- законодательство в области охраны здоровья населения и организации здравоохранения; направления государственной политики в сфере охраны здоровья граждан и здравоохранения; правовые вопросы в перинатологии и неонатологии;
- особенности организации неонатальной помощи в роддомах, перинатальных центрах, детской поликлинике;
- современное состояние медико-демографической ситуации и заболеваемости населения; показатели здоровья детского населения, методы медико-статистического анализа информации о показателях рождаемости, смертности, ведения и анализа учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы охраны материнства и детства;
- вопросы этики и деонтологии в неонатологии;
- факторы риска болезней периода новорожденности;
- физиологию и патологию плода в перинатальном и интранатальном периоде, физиологию и патологию родового акта;
- анатомические, физиологические, морфологические основы функционирования органов и систем детей периода новорожденности;
- этиологию, патогенез, классификации согласно МКБ, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения болезней новорожденных детей с разным гестационным сроком при рождении;
- методы пренатальной диагностики патологии плода;
- цель и методы проведения неонатального скрининга;
- современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, морфологической диагностики заболеваний, методы оценки функционального состояния организма детей периода новорожденности;
- этиологию, патогенез развития, клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику неотложных состояний, протоколы и стандарты оказания неотложной помощи в периоде новорожденности;
- организацию службы реанимации и интенсивной терапии в неонатологии; методы реанимации и интенсивной терапии, показания, методы проведения и осложнения респираторной поддержки у новорожденных;
- клинику, диагностику, врачебную тактику неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства у новорожденных;
- методы и способы вскармливания здорового и больного новорожденного ребенка, особенности нутритивного статуса и нутритивной поддержки новорожденных с разным гестационным сроком при рождении;
- клинко-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, применяемых для лечения заболеваний и неотложных состояний у новорожденных;
- эпидемиологию, этиологию, клинику, методы диагностики, лечения и противоэпидемические мероприятия при инфекционных заболеваниях и особо опасных инфекциях у детей периода новорожденности;

- методы вакцинации в неонатальном периоде, противопоказания, национальный календарь прививок;
- современные методы восстановительного лечения и медицинской реабилитации, показания и противопоказания для их назначения в периоде новорожденности;
- принципы профилактики патологических состояний у новорожденных; назначение методов профилактической работы врача-неонатолога детской поликлиники, отделений новорожденных акушерских наблюдательных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделений патологии новорожденных с беременными женщинами, родильницами, матерями новорожденных детей;
- документы, регламентирующие организацию работы врача-неонатолога;
- методы педагогического воздействия на формирование мотивации семьи, направленной на сохранение и укрепление здоровья новорожденного ребенка, у членов семьи и окружающих.

должен уметь:

- работать с действующими медицинскими нормативно-правовыми актами, пользоваться научной, учебной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности;
- работать с медицинской, учетно-отчетной документацией в лечебно-профилактических учреждениях системы охраны материнства и детства;
- оценивать показатели общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения; качественные показатели работы врача-неонатолога родильного дома, отделений новорожденных, детской поликлиники;
- проводить экспертизу качества оказания медицинской помощи новорожденным детям на основе действующих порядков и стандартов в неонатологии и педиатрии;
- оценивать социальный, биологический и генеалогический анамнез; выделять факторы перинатального риска для здоровья новорожденного;
- оценивать состояние новорожденного на момент рождения в соответствии с современными методами балльной оценки;
- проводить комплексную оценку здоровья, физического и нервно-психического статуса новорожденного ребенка;
- определять основные симптомы и синдромы поражения, оценивать тяжесть состояния пациента; обосновывать и ставить предварительный и клинический диагноз согласно классификации МКБ;
- определять объем и последовательность диагностических мероприятий; интерпретировать результаты современных клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических методов исследования, определять участие необходимых специалистов в диагностическом процессе;
- проводить дифференциальную диагностику состояний и болезней периода новорожденности;
- определять тактику наблюдения, обследования, лечения, план вакцинации здоровых новорожденных, новорожденных групп риска, новорожденных с болезнями и патологическими состояниями;
- назначать питание в соответствии с современными клиническими рекомендациями; определять вид нутритивной поддержки, проводить расчет энтерального и парентерального питания новорожденных с разным гестационным сроком при рождении;
- использовать современные клинические рекомендации, протоколы и стандарты лечения болезней новорожденных, неотложных состояний, основанных на принципах доказательной медицины;

- осуществлять раннюю диагностику неотложных состояний у новорожденных;
- оказывать неотложную и реанимационную помощь новорожденным, в том числе, недоношенным детям в родовом зале, отделениях новорожденных акушерских наблюдательных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделении патологии новорожденных, поликлинике;
- организовать адекватное управление процессом транспортировки новорожденного;
- проводить диагностику неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства и определять тактику дальнейшего наблюдения;
- организовать противоэпидемические мероприятия в медицинских организациях и структурных подразделениях: отделениях новорожденных акушерских наблюдательных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделениях патологии новорожденных, поликлинике;
- назначать современные методы восстановительного лечения и медицинской реабилитации в периоде новорожденности;
- проводить санитарно-просветительную работу с родственниками пациента и медперсоналом;
- применять знания этических аспектов антенатального, интранатального, постнатального периода в отношении врача-ребенка, матери и родственников;
- применять методы профилактики патологических состояний у новорожденных, обучать родителей основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья детей.
- оформлять и работать с медицинской документацией.

должен владеть:

- этическими и деонтологическими методами общения с родителями и законными представителями новорожденного пациента, коллегами;
- навыками применения основных принципов организации и управления в медицинских организациях и их структурных подразделениях (неонатологических отделениях стационаров, в поликлинике);
- навыками оценки качества оказания неонатальной помощи с использованием основных медико-статистических показателей; навыками расчета показателей работы врача-неонатолога родильного дома, отделений новорожденных, детской поликлиники;
- навыками работы с нормативной, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности;
- методами объективного исследования по органам и системам здорового и больного новорожденного ребенка; оценкой результатов функционального состояния органов и систем;
- алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза в соответствии с МКБ;
- применением диагностических алгоритмов, основанных на использовании современных протоколов, стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций;
- методами проведения диагностики неотложных состояний, требующих хирургического вмешательства у новорожденных;
- интерпретацией методов лабораторных и инструментальных исследований;
- навыками составления плана лечения, назначения и расчета энтерального и парентерального питания, расчетом дозирования, курса проведения лекарственных препаратов с учетом функционального состояния органов и систем новорожденного;
- лечебными алгоритмами, основанными на современных достижениях клинической фармакологии;
- алгоритмом оказания неотложной и реанимационной помощи новорожденным в

родовом зале, в отделениях новорожденных акушерских наблюдательных отделений, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделениях патологии новорожденных, поликлинике;

- навыками клинического осмотра, оценки состояния ребенка в чрезвычайной ситуации;
- методами проведения противоэпидемических мероприятий, противоинфекционной защиты, эвакуации, ведением медицинской документации в условиях чрезвычайных ситуаций;
- алгоритмом разработки комплекса мероприятий при назначении методов восстановительного лечения и медицинской реабилитации в периоде новорожденности;
- методами профилактики заболеваний новорожденных;
- методами проведения диспансеризации новорожденных в условиях поликлиники;
- психолого-педагогическими методами работы с семьей, направленными на сохранение и укрепление здоровья новорожденного ребенка, членов семьи и окружающих.

Уровень сформированности умений и навыков подтверждается посредством демонстрации практических навыков, который ординатор приобретает в ходе освоения программы ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология. Проверка знаний проводится на этапе тестирования и решения ситуационных задач по вопросам теоретического материала.

6.2. Аттестационные материалы

На каждом этапе ГИА используются оценочные средства.

6.2.1. Аттестационные материалы для оценки практических навыков

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо продемонстрировать на экзамене ординатору

№	Перечень практических навыков	Формируемые компетенции
1	Сбор и анализ анамнеза жизни и заболевания новорожденного	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-2, ПК-4,
2	Осмотр новорожденного ребенка.	УК-2, ПК-1, ПК-2,
3	Оценивание по шкалам Апгар, Ballard	ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1
4	Оценку дыхательных расстройств по шкалам Сильвермана и Даунса.	ПК-1,
5	Оценка физического и неврологического статуса.	ПК-1, ПК-2,
6	Оценка нутритивного статуса, расчет питания, назначение режима, вида вскармливания.	ПК-1, ПК-2,
7	Составление плана обследования здорового и больного новорожденного.	ПК-1, ПК-2,
8	Интерпретация данных клинических, иммунологических, биохимических, инструментальных и других исследований.	ПК-1, ПК-3,
9	Постановка диагноза в соответствии с МКБ-10	ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,
10	Составление плана обследования и лечения новорожденных и недоношенных детей, в том числе план диспансерного наблюдения недоношенных.	ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4,

11	Оформление истории болезни в отделении новорожденных, реанимации и интенсивной терапии, патологии новорожденных и недоношенных детей	УК-2, ПК-1,
12	Оформление экстренных извещений.	УК-2, ПК-1, ПК-3,
13	Составление аналитического отчета по практической работе врача-неонатолога поликлиники, роддома, стационара.	УК-2, УК-1, ПК-1, ПК-4,
14	Оформление рецептов на основные лекарственные средства, применяемые в неонатологии.	УК-2, ПК-1,
Методы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей и дыхания.		
14	Обеспечение проходимости дыхательных путей.	ПК-1, 2, 3, 4
15	Запрокидывание головы и подъем подбородка.	ПК-1, 2, 3, 4
16	Прием выведения нижней челюсти с одновременной фиксацией шейного отдела позвоночника при подозрении на травму (повреждение) шейного отдела позвоночника.	ПК-1, 2, 3, 4
17	Санация ротоглотки, носоглотки.	ПК-1, 2, 3, 4
18	Использование орофарингеальных и назофарингеальных воздухопроводов.	ПК-1, 2, 3, 4
19	Использование маски для ингаляции кислорода.	ПК-1, 2, 3, 4
20	Интубация трахеи (применяя ларингоскоп).	ПК-1, 2, 3, 4
21	Санация трахеобронхиального дерева.	ПК-1, 2, 3, 4
Методы респираторной поддержки: ИВЛ, СРАР		
22	ИВЛ с использованием саморасправляющегося и проточнонаполняющегося мешка, с использованием маски.	ПК-1, 2, 3, 4
23	ИВЛ с использованием саморасправляющегося и проточнонаполняющегося мешка через интубационную трубку.	ПК-1, 2, 3, 4
24	Использование ларингеальной маски.	ПК-1, 2, 3, 4
25	ИВЛ с использованием Neo-Puf.	ПК-1, 2, 3, 4
26	Аппаратная ИВЛ (стартовые режимы).	ПК-1, 2, 3, 4
27	Интубационный СРАР.	ПК-1, 2, 3, 4
28	СРАР с использованием маски.	ПК-1, 2, 3, 4
29	СРАР с непрерывным потоком.	ПК-1, 2, 3, 4
30	СРАР с переменным потоком.	ПК-1, 2, 3, 4
Манипуляции на сосудах		
31	Катетеризация пупочной вены.	ПК-1, 2, 3, 4
32	Катетеризация пупочной артерии.	ПК-1, 2, 3, 4
33	Пункция и катетеризация периферических вен.	ПК-1, 2, 3, 4
34	Пункция и катетеризация периферических артерий.	ПК-1, 2, 3, 4
Кардиологические манипуляции		
35	Закрытый массаж сердца. Одновременное проведение НМС и ИВЛ.	ПК-1, 2, 3, 4
36	Измерение артериального давления.	ПК-1, 2, 3, 4
37	Измерение ЭКГ.	ПК-1, 2, 3, 4
Способы введения лекарственных препаратов		
38	Установка и запуск трансфузионных систем для внутривенного введения, лекарственных растворов, крови, плазмы и кровезаменителей.	ПК-1, 2, 3, 4
39	Внутривенное струйное введение.	ПК-1, 2, 3, 4
40	Внутривенное капельное введение.	ПК-1, 2, 3, 4

41	Использование шприцевых насосов.	ПК-1, 2, 3, 4
42	Введение препаратов через интубационную трубку.	ПК-1, 2, 3, 4
Аппаратура и следящее оборудование		
43	Подготовка аппаратуры для проведения респираторной поддержки (ИВЛ, СРАР).	ПК-1, 2, 3, 4
44	Пульсоксиметрия.	ПК-1, 2, 3, 4
45	Транскутанное определение газов крови.	ПК-1, 2, 3, 4
46	Капнография.	ПК-1, 2, 3, 4
47	Кувезы. Подготовка к работе и эксплуатация.	ПК-1, 2, 3, 4
48	Открытые реанимационные системы. Подготовка и эксплуатация.	ПК-1, 2, 3, 4
49	Инфузионные насосы. Подготовка к работе аспиратора и эксплуатация. Подготовка к работе системы активной аспирации и эксплуатация.	ПК-1, 2, 3, 4
Пункции		
50	Пункция плевральной полости.	ПК-1, 2, 3, 4
51	Люмбальная пункция и измерение давления.	ПК-1, 2, 3, 4
Другие навыки		
52	Зондирование и промывание желудка.	ПК-1, 2, 3, 4
53	Оказание неотложной помощи при анафилактической реакции.	ПК-1, 2, 3, 4
54	Заменное переливание крови.	ПК-1, 2, 3, 4
55	Фототерапия.	ПК-1, 2, 3, 4
56	Катетеризация мочевого пузыря.	ПК-1, 2, 3, 4
57	Транспортировка новорожденного.	ПК-1, 2, 3, 4
58	Приобретение навыков педагогической деятельности (занятия с группами студентов под руководством преподавателя)	УК-2, УК-3, ОПК-3

6.2.2. Аттестационные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. вялость
- b. двигательное возбуждение
- c. бледность
- d. тремор конечностей
- e. все вышеперечисленное

2. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ:

- a. этимизол
- b. эуфиллин
- c. кофеин
- d. преднизолон
- e. кордиамин

3. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СДР НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ:

- a. гидрокортизон
 - b. преднизолон
 - c. дексаметазон
 - d. тиреоидин
 - e. витамин E
4. В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ ЛУЧШЕ ДРУГИХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ПРОНИКАЕТ:
- a. стрептомицин
 - b. канамицин
 - c. амикацин
 - d. гентамицин
 - e. е. ни один из вышеперечисленных
5. В НЕОНАТОЛОГИИ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ЭФФЕКТА СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АМПИЦИЛЛИН ПРИМЕНЯЮТ В СОЧЕТАНИИ С:
- a. эритромицином
 - b. гентамицином
 - c. тетрациклином
 - d. ванкомицином
 - e. тетрациклинами
6. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:
- a. почечной недостаточности
 - b. тяжелой гипоксии
 - c. сочетании с ампициллином
 - d. сочетании с фуросемидом
 - e. все вышеперечисленное
7. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПМИНА В ДОЗЕ 0,5-5,0 МКГ/КГ/МИН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:
- a. увеличение диуреза
 - b. тахикардия
 - c. артериальная гипертензия
 - d. гипергликемия
 - e. тахипноэ
8. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИТАМИН К-ЗАВИСИМЫМ?
- a. протромбин
 - b. проконвертин
 - c. фактор Стюарта-Прауэра
 - d. антигемофильный фактор В
 - e. фактор Хагемана
9. ДОЗЫ ВИТАМИНА К, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СЛЕДУЮЩИЕ:
- a. 0,1мг/кг
 - b. 0,01мг/кг
 - c. 0,5мг/кг
 - d. 1мг/кг
 - e. 5мг/кг
10. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
- a. геморрагический синдром
 - b. ДВС-синдром

- c. тромбоцитопения менее 10000 в мкл
 - d. тромбоцитопения менее 40 000 в мкл
 - e. наследственная тромбоцитопатия
11. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ:
- a. ЦНС
 - b. селезенка
 - c. сердце
 - d. легкие
 - e. тимус
12. ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕПАТИТ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ, КРОМЕ:
- a. листерия
 - b. токсоплазма
 - c. ЦМВ
 - d. аденовирус
 - e. вирус Коксаки
13. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ:
- a. роцефин
 - b. ацикловир
 - c. флуконазол
 - d. ганцикловир
 - e. пентаглобин
14. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОДНОКОМПОНЕНТНОЙ СХЕМЫ:
- a. зидовудин
 - b. ламивудин
 - c. невирапин
 - d. ни один из перечисленных
 - e. все вышеперечисленные
15. В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ВРЕМЕННОГО ИНТЕРВАЛА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС?
- a. первые 72 часа жизни
 - b. первые 24 часа жизни
 - c. первая неделя жизни
 - d. после первых суток жизни
16. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ?
- a. флуконазол
 - b. микамин
 - c. амфотерицин В
 - d. нистатин
 - e. все вышеперечисленные
17. СНАБЖЕНИЕ ТКАНЕЙ ПЛОДА O₂ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ:
- a. кровотока
 - b. концентрации Hb в крови
 - c. типа Hb
 - d. фосфолипидов
 - e. pH крови плода
18. КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭСТРИОЛА ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА, Т.К. БОЛЬШИНСТВО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ЭСТРИОЛА ОБРАЗУЮТСЯ В:

- a. плаценте
- b. надпочечниках плода
- c. надпочечниках беременной
- d. околоплодных водах
- e. печени беременной

19. КРОВЬ, ПОСТУПАЮЩАЯ К СЕРДЦУ, ГОЛОВЕ И ВЕРХНИМ КОНЕЧНОСТЯМ ПЛОДА, НАСЫЩЕНА O₂ НА

- a. 40%
- b. 50%
- c. 60%
- d. 70%
- e. 80%

20. ВСЕ УКАЗАННОЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, КРОМЕ:

- a. жизнеспособности плода
- b. массы плода 1000
- c. отношение лецитин/сфингомиелин менее 2:1
- d. отсутствие у плода альвеолярных клеток 2 типа
- e. наличие фосфатидилглицерина

21. ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- a. способ родоразрешения
- b. кровотечение из влагалища
- c. преэклампсия
- d. возраст матери
- e. выкидыш в анамнезе

22. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ТОКСОПЛАЗМОЗОМ:

- a. кровь больного человека
- b. птицы
- c. кошки
- d. морепродукты
- e. иксодовые клещи

23. ВСЕ ФАКТОРЫ СОПРОВОЖДАЮТ ПЕРЕНОШЕННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ, КРОМЕ:

- a. дефицита АКТГ
- b. нарушений со стороны ЦНС
- c. недостатка плацентарной сульфатазы
- d. низкого уровня окситоцина
- e. ничего из вышеперечисленного

24. БИОФИЗИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ВСЕ СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, КРОМЕ:

- a. дыхательных движений плода
- b. количества околоплодных вод
- c. мышечного тонуса плода
- d. сократительного стрессового теста
- e. двигательной активности плода

25. ДЛЯ КЩС НОВОРОЖДЕННОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:

- a. респираторного алкалоза
- b. увеличения pCO₂
- c. уменьшение pH
- d. повышение уровня лактата

е. метаболического ацидоза

26. КАКОВА ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 1-2 СУТКИ ЖИЗНИ:

- а. 0,5-1мл/кг/час
- б. 0,5-2мл/кг/час
- в. 0,5-2,5мл/кг/час
- г. 1-5мл/кг/час
- е. 3-6мл/кг/час

27. КАКОВА ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 5-7 СУТКИ ЖИЗНИ:

- а. 0,5-1мл/кг/час
- б. 0,5-2мл/кг/час
- в. 0,5-2,5мл/кг/час
- г. 1-5мл/кг/час
- е. 3-6мл/кг/час

28. В СВЯЗИ С ФЕНОМЕНОМ КИСТООБРАЗОВАНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЦМВ-ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- а. с сепсисом
- б. с деструктивной пневмонией
- в. галактоземией
- г. муковисцидозом
- е. ни одно из вышеперечисленных

29. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. ларингит
- б. ринит
- в. бронхит
- г. бронхиолит
- е. синусит

30. НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:

- а. в первые часы жизни
- б. на 2-3 сутки жизни
- в. при выписке из родильного дома
- г. в возрасте 1 месяца жизни
- е. никогда

31. СИНТЕЗ КАКОГО ГОРМОНА ВОЗРАСТАЕТ В 1000 РАЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- а. эстрадиол
- б. прогестерон
- в. кортизол
- г. эстриол
- е. тестостерон

32. КАКУЮ ПАТОЛОГИЮ ПЛОДА МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ СОДЕРЖАНИИ АФП, СОСТАВЛЯЮЩЕМ 0,44 ОТ НОРМЫ:

- а. омфалоцеле
- б. трисомия по 21 хромосоме
- в. синдром Тернера
- г. многоплодная беременность
- е. синдром Эдвардса

33. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВУЕТ ТОЛЬКО ВТОРИЧНОМУ АПНОЭ:

- a. ребенок не дышит
- b. АД понижено
- c. ребенок не может самостоятельно восстановить дыхание
- d. ЧСС падает
- e. Может начаться внутриутробно

34. В КАКИХ СЛУЧАЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ ИВЛ ПОД ДАВЛЕНИЕМ:

- a. ЧСС 100 уд в мин
- b. дыхание типа «гаспинг»
- c. все вышеперечисленное
- d. ЧД 60 в мин
- e. $SpO_2 < 93\%$

35. ТРАНЗИТОРНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ, СВЯЗАННАЯ С ГИПЕРИНСУЛИНИЗМОМ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ДЕТЕЙ:

- a. от матерей с сахарным диабетом
- b. с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
- c. с синдромом Беквита-Видемана
- d. всех перечисленных
- e. ни один, из вышеперечисленных

36. ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ И ГИПОКАПНИЯ ПРИВОДЯТ К:

- a. повышению нервно-рефлекторной возбудимости
- b. снижению мозгового кровотока
- c. снижению сопротивления легочных сосудов
- d. все вышеперечисленные изменения
- e. ничего из вышеперечисленного

37. ДЛЯ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ХАРАКТЕРНЫ:

- a. брадикардия
- b. приглушенность тонов сердца
- c. ослабление дыхания
- d. цианоз
- e. все вышеперечисленное

38. РАЗНИЦА ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- a. коарктации аорты
- b. ДМЖП
- c. Тетрады Фалло
- d. транспозиции магистральных сосудов
- e. аномалии Эпштейна

39. КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СОПРОВОЖДАЮТСЯ:

- a. резким увеличением метаболизма глюкозы
- b. повышением внутричерепного давления
- c. увеличением потребности мозга в кислороде
- d. повышением артериального давления
- e. всеми вышеперечисленными признаками

40. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА БОЛЕЕ 8-10 СМ ВОДН.СТ. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К СЛЕДУЮЩИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ:

- a. пневмотораксу
- b. перерастяжению легких
- c. нарушению венозного возврата крови к сердцу
- d. повышению резистентности легочных сосудов
- e. все вышеперечисленное

41. В ОТВЕТ НА ХОЛОДОВОЙ СТРЕСС У НОВОРОЖДЕННЫХ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- a. метаболический ацидоз
- b. гипоксемия
- c. гипогликемия
- d. все вышеперечисленное
- e. ничего из вышеперечисленного

42. ПОСЛЕ ОТСАСЫВАНИЯ СЛИЗИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И НОСОВЫХ ХОДОВ И ТАКТИЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО НЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ДЫХАНИЯ. ВАШЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ:

- a. оценить ЧСС
- b. оценить цвет кожных покровов
- c. ввести зонд в желудок
- d. начать ИВЛ с помощью мешка и маски
- e. ввести адреналин

43. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ НОВОРОЖДЕННОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ КИСЛОРОДА В ПОДАВАЕМОЙ ЕМУ ГАЗОВОЙ СМЕСИ:

- a. 30-40%
- b. 50-60%
- c. 70-80%
- d. 90-100%
- e. 60-100%

44. ВЕЛИЧИНА ДЫХАТЕЛЬНОГО ОБЪЕМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУЧНОЙ ИВЛ ДОНОШЕННОМУ НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ С МАССОЙ ТЕЛА 3500Г ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:

- a. 10-15мл
- b. 20-30мл
- c. 40-50мл
- d. 55-60мл
- e. 60-65мл

45. ВВЕДЕНИЕ РОТОВОГО ВОЗДУХОВОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАСОЧНОЙ ИВЛ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ПОКАЗАНО ПРИ:

- a. синдроме Пьера-Робена
- b. диафрагмальной грыже
- c. расщелине твердого и мягкого неба
- d. атрезии пищевода
- e. все вышеперечисленное

46. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ В СТАДИИ ПРОДРОМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, КРОМЕ:

- a. повышение уровня гемоглобина
- b. метаболический ацидоз
- c. повышение гематокрита
- d. нормальный уровень лейкоцитов
- e. гиперкалиемия

47. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ:

- a. рвота с желчью
- b. частый стул с патологическими примесями
- c. вздутый, с локальной болезненностью живот
- d. усиление перистальтики

е. все вышеперечисленное верно

48. ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ СОСТАВЛЯЕТ:

- a. 500 мл
- b. 1/8 от массы тела
- c. 85мл/кг
- d. 110 мл/кг
- e. 1/4 от массы тела

49. ВНУТРИЛЕГОЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ СОХРАНЯЕТСЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕЩЕ:

- a. 2 часа
- b. 6 часов
- c. 8 часов
- d. 5-10 минут
- e. до конца 1 суток

50. НЕЗАРАЩЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НЕДОНОШЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНО ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЭТОГО СОСУДА К:

- a. адреналину
- b. серотонину
- c. простагландинам
- d. минералокортикоидам
- e. инсулину

51. ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ В СТУЛЕ СКРЫТОЙ КРОВИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ:

- a. язвенно-некротизирующий энтероколит
- b. непереносимость молока
- c. язва желудка
- d. трещины сосков у матери
- e. все вышеперечисленное

52. ЦИАНОЗ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

- a. метгемоглобинемии
- b. полицитемии
- c. шоке
- d. гипогликемии
- e. всех перечисленных состояниях

53. КАКОВА ОСНОВНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ СТАФИЛОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- a. на коже
- b. на слизистой оболочке носоглотки
- c. в области промежности
- d. на слизистой носовых ходов
- e. в желудочно-кишечном тракте

54. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВНУТРИБОЛЬЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

- a. через руки персонала
- b. через продукты питания
- c. через белье
- d. через предметы ухода
- e. через медицинские изделия

55. КАКОЙ ПЕРИОД НАЗЫВАЮТ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ

- a. с момента рождения до 7 дня жизни
- b. с момента оплодотворения до родов
- c. с 22 недель внутриутробного развития до 7 дня жизни
- d. с 28 недели внутриутробного развития до 1 месяца жизни

е. с момента рождения до 1 месяца жизни

56. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- а. открытая форма туберкулеза
- б. нежелание матери кормить ребенка грудью
- с. вирусный гепатит В
- д. отсутствие молозива в первые сутки после родов

57. КОГДА ПРОИСХОДИТ ПЕРВЫЙ ПЕРЕКРЕСТ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

- а. на 4-й год жизни
- б. на 5-й день жизни
- с. на 6-й недели жизни
- д. после 7-10 дня жизни
- е. к 3-м суткам жизни

58. КАКОЙ САХАР ПРЕОБЛАДАЕТ В УГЛЕВОДАХ ГРУДНОГО МОЛОКА?

- а. сахароза
- б. мальтоза
- с. б-лактоза
- д. галактоза
- е. глюкоза

59. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ТЯЖЕЛЫМ ПРИ ЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ?

- а. анемия
- б. поражение печени
- с. поражение ЦНС
- д. сердечная недостаточность
- е. почечная недостаточность

60. КАКАЯ ПРИЧИНА АНЕМИИ ПРИ РОЖДЕНИИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ

- а. кровопотеря или гемолиз
- б. наследственный микросфероцитоз
- с. дефицит эритроцитарных ферментов
- д. наследственная гипопластическая анемия
- е. дефицит железа

61. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ МИОКАРДИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ

- а. вирусом Коксаки
- б. стафилококком
- с. стрептококком
- д. клебсиелла
- е. ЦМВ

62. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМ ЦИАНОЗОМ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

- а. дефект межжелудочковой перегородки
- б. тетрада Фалло
- с. транспозиция магистральных сосудов
- д. открытый артериальный проток
- е. дефект межпредсердной перегородки

63. КАКУЮ ПАТОЛОГИЮ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ РАЗВИТИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО В ВОЗРАСТЕ 5-6 СУТОК

- а. родовую травму ЦНС
- б. порок развития ЦНС
- с. метаболические нарушения

- d. гнойный менингит
 - e. эпилептические приступы
64. ТЕРМИН «РЕБЕНОК С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ» ОЗНАЧАЕТ РОЖДЕННЫЙ С МАССОЙ
- a. менее 3500 г.
 - b. менее 3000 г.
 - c. менее 2500 г.
 - d. менее 2000 г.
 - e. менее 1500 г.
65. С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ АПГАР ОЦЕНИВАЕТСЯ
- a. доношенность новорожденного
 - b. общее состояние после родов
 - c. неврологический статус
 - d. состояние внутренних органов
 - e. питание новорожденного
66. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РЕБЕНКА ИСЧЕЗАЕТ
- a. в 1-1,5 мес.
 - b. в 2-3 мес.
 - c. в 3-3,5 мес.
 - d. в 4-4,5 мес.
 - e. в 5-5,5 мес.
67. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГИПЕРТОНУС НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РЕБЕНКА ИСЧЕЗАЕТ
- a. в 1-2 мес.
 - b. в 2-3 мес.
 - c. 3-4 мес.
 - d. 4-5 мес.
 - e. 5-6 мес.
68. СУРФАКТАНТ НАЧИНАЕТ ФОРМИРОВАТЬСЯ
- a. до 12 нед. внутриутробной жизни
 - b. между 12-16 нед. внутриутробной жизни
 - c. между 20-24 нед. внутриутробной жизни
 - d. между 30-34 нед. внутриутробной жизни
 - e. между 38-40 нед. внутриутробной жизни
69. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
- a. конъюгационная
 - b. гемолитическая
 - c. паренхиматозная механическая
 - d. механическая
 - e. нет различия в частоте вариантов желтух
70. ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМОГЛОБИНА
- a. нормальное
 - b. повышено
 - c. понижено
 - d. число эритроцитов снижено, а гемоглобина понижено
 - e. число эритроцитов повышено, а гемоглобина снижено
71. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- a. энзимная недостаточность печени

- b. повышенный распад эритроцитов
- c. снижение экскреторной функции печени
- d. явление холестаза
- e. гиперспленизм

72. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО СИСТЕМЕ АВ0 НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ КОГДА

- a. группа крови матери А (II), ребенка 0 (I)
- b. группа крови матери В (III), ребенка 0(I)
- c. группа крови матери 0 (I), ребенка А (II)
- d. группа крови матери АВ (IV), ребенка А (II)
- e. группа крови матери А (II), ребенка В (III)

73.ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ НА 1КГ МАССЫ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10 ДНЕЙ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- a. 60 ккал
- b. 80 ккал
- c. 100 ккал
- d. 120 ккал
- e. 140 ккал

74.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ РАННИЙ ПРИЗНАК ПРИ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ НОВОРОЖДЕННОГО

- a. увеличение подмышечных лимфатических узлов
- b. отек и покраснение в области молочной железы
- c. подъем температуры тела
- d. появление размягчения грудной железы
- e. беспокойство ребенка, отказ от груди

75.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

- a. клинико-анамнестические данные
- b. бактериологическое исследование
- c. серологическое исследования
- d. иммунологические исследования
- e. все перечисленное

76. НОРМАЛЬНЫЙ БИОЦЕНОЗ У ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ФОРМИРУЕТСЯ

- a. в 1-2 сутки
- b. на 3-4 сутки жизни
- c. на 5-8 сутки жизни
- d. 5-8 сутки жизни
- e. 12-15 сутки жизни

77. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ НАГРУБАНИЕ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- a. повышение уровня катехоламинов
- b. повышение уровня женских половых гормонов
- c. гипогликемия
- d. все вышеперечисленное
- e. ничего из вышеперечисленного

78. ПРИЧИНОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ ЭРИТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- a. гипогликемия
- b. ацидоз
- c. аллергоидная реакция
- d. охлаждение
- e. ничего из вышеперечисленного

79. ЗДОРОВОГО ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРИЛОЖИТЬ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

- a. не позднее 2-х часов жизни
- b. через 6 часов
- c. через 12 часов
- d. через 24 часа
- e. через 72 часа

80. ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО В 100 МЛ СОДЕРЖИТ БЕЛКА

- a. 0.6-1.0 г.
- b. 1.1-1.5 г.
- c. 1,6-2,0 г.
- d. 2,1-2,5 г.
- e. 2,6-3,0 г.

81. ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО В 100 МЛ СОДЕРЖИТ ЖИРА

- a. 2.0 г.
- b. 2,5 г.
- c. 3,0 г.
- d. 3.5 г.
- e. 4.0 г.

82. ЗРЕЛОЕ ЖЕНСКОЕ МОЛОКО В 100 МЛ СОДЕРЖИТ УГЛЕВОДОВ

- a. 4,0-4,5 г.
- b. 5,0-5,5 г.
- c. 6,5-7,0 г.
- d. 7,5-8,0 г.
- e. 8,5-9,0 г.

83. ЖЕЛТУХА ПРИ РОЖДЕНИИ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 24 ЧАСОВ ЖИЗНИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- a. врожденной атрезией желчных протоков
- b. фетальным гепатитом
- c. иммунологической несовместимостью крови матери и плода
- d. галактоземией
- e. «физиологический» гемолиз новорожденных

84. ДВС-СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С

- a. сепсис
- b. тяжелой асфиксией с выраженным метаболическим ацидозом и нарушением микроциркуляции
- c. преждевременной отслойкой плаценты
- d. СДР
- e. все выше пересеченное

85. ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- a. лактобактерии
- b. E. coli
- c. Staphylococcus
- d. Enterococcus
- e. Bifidobacter

86. НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ВСЕГДА ДОЛЖЕН СОПРОВОЖДАТЬСЯ:

- a. внутривенным введением в пуповину глюкозы
- b. внутривенным введением в пуповину адреналина
- c. ИВЛ 100% O₂
- d. введением бикарбоната натрия
- e. все вышеперечисленное

87. СРОКИ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННОГО:

- a. до 4-х суток
- b. до 10-х суток
- c. до 14 суток
- d. до 28 дней
- e. после месяца жизни

88. КАКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МОЖЕТ ИМЕТЬ ОТСУТСТВИЕ ИЛИ УМЕНЬШЕНИЕ СЕКРЕЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ:

- a. нарушение развития мозга
- b. отставание в нейropsychическом развитии
- c. отставание плода в развитии
- d. брадикардия
- e. все вышеперечисленное

89. ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ У НЕДОНОШЕННОГО ЭТО УРОВЕНЬ СА МЕНЕЕ:

- a. 2,0 ммоль/л
- b. 1,75 ммоль/л
- c. 2,25 ммоль/л
- d. 3,0 ммоль/л
- e. 1,15 ммоль/л

90. К ГРУППЕ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РАННЕЙ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. недоношенные
- b. перенесшие асфиксию
- c. дети матерей с сахарным диабетом
- d. новорожденные с надпочечниковой недостаточностью
- e. верно a и c

91. ЯТРОГЕННЫМИ ФОРМАМИ ГИПОГЛИКЕМИИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

- a. быстрое введение Na бикарбоната
- b. ОЗПК
- c. внутривенная инфузия интралипида
- d. фототерапия
- e. ни один, из перечисленного

92. ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЭТО УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ БОЛЕЕ:

- a. 2,38 ммоль/л
- b. 2,74 ммоль/л
- c. 2,96 ммоль/л
- d. 3,14 ммоль/л
- e. 1,15 ммоль/л

93. ГЛАВНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ГИПОКАЛЬЦИЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ В АСФИКСИИ:

- a. сниженная реакция на паратгормон
- b. резко повышен кальцитонин
- c. снижение магния
- d. снижение альбумина
- e. все вышеперечисленное

94. КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ У ДОНОШЕННОГО 2-СУТОК?

- a. 1,39 ммоль/л
- b. более 1,67 ммоль/л
- c. 2,2 ммоль/л
- d. более 2,2 ммоль/л
- e. 3,3-5,5 ммоль/л

95. КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ У НЕДОНОШЕННОГО 2 СУТОК, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ: ГИПОГЛИКЕМИЯ?

- a. менее или равен 1,39 ммоль/л
- b. 1,45 ммоль/л
- c. не более 1,67 ммоль/л
- d. 2,2 ммоль/л
- e. менее 3,3 ммоль/л

96. КАКОВА ЧАСТОТА ГИПОГЛИКЕМИЙ У ДОНОШЕННЫХ С СЗВУРП ПО ГИПОТРОФИЧЕСКОМУ ТИПУ?

- a. 8%
- b. 27%
- c. 33%
- d. 67%
- e. 80%

97. БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ЕГО СЛЕДУЮЩЕМ ВАРИАНТЕ:

- a. паренхиматозное кровоизлияние
- b. субдуральное кровоизлияние
- c. эпидуральное кровоизлияние
- d. субарахноидальное кровоизлияние
- e. изолированное субэпендимальное кровоизлияние

98. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ НЕЗРЕЛОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. наличие герминативного матрикса
- b. наличие перивентрикулярных венозных сплетений
- c. незрелость стенки магистральных артериальных и венозных сосудов
- d. избыточная рыхлость белого вещества в перивентрикулярных областях
- e. все вышеперечисленное

99. ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМ СРОКОМ ГЕСТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНА ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- a. низкой толерантностью незрелого мозга к гипоксии
- b. наличием герминативного матрикса
- c. склонностью к гиперкоагуляции и тромбообразованию
- d. спецификой кровоснабжения перивентрикулярного белого вещества
- e. избыточной гидрофильностью белого вещества

100. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НЕОТЛОЖНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. подозрение на внутричерепное кровоизлияние

- b. подозрение на гнойный менингит, повторные судорожные приступы
- c. коматозное состояние
- d. подозрение на ВУИ
- e. гипертензионно-гидроцефальный синдром

Ответы на тестовые задания для проведения ГИА по специальности 31.08.18

Неонатология

1	e	11	a	21	d	31	d	41	d	51	e	61	a	71	e	81	e	91	b
2	c	12	d	22	c	32	b	42	d	52	e	62	c	72	c	82	d	92	b
3	c	13	d	23	d	33	c	43	d	53	b	63	d	73	c	83	c	93	b
4	c	14	a	24	d	34	b	44	b	54	a	64	c	74	b	84	e	94	d
5	b	15	a	25	a	35	d	45	a	55	c	65	b	75	e	85	a	95	a
6	c	16	a	26	c	36	d	46	e	56	a	66	b	76	c	86	c	96	c
7	a	17	a	27	d	37	e	47	d	57	d	67	c	77	b	87	c	97	e
8.	e	18	b	28	d	38	a	48	c	58	c	68	b	78	c	88	e	98	a
9	d	19	c	29	d	39	e	49	a	59	c	69	a	79	a	89	b	99	d
10	c	20	e	30	a	40	e	50	c	60	a	70	a	80	b	90	d	100.	b

6.2.3. Ситуационные задачи для проведения ГИА

Примеры ситуационных задач

ЗАДАЧА № 1

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

Новорожденная девочка, возраст – 4-е сутки жизни, находится в родильном доме. Родилась с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, с массой тела 3400 г., длиной 52 см.

Из анамнеза: матери 22 года, здорова, беременность первая, протекала на фоне анемии и преэклампсии легкой степени (отежная форма) с 34 недель, роды срочные, спонтанные, без осложнений.

Состояние с рождения удовлетворительное. На грудном вскармливании, сосет хорошо, не срыгивает. На 3 сутки жизни появилась умеренно выраженная желтушность кожных покровов. При осмотре на 4 сутки кожа желтушная до 1 степени, чистая, пупочный остаток в скобке, пупочное кольцо без воспалительных изменений. Слизистые розовые чистые. ЧД 42 в минуту, ЧСС 136 в минуту. Аускультативно: дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не определяется. Мочеиспускания регулярные, моча светлая прозрачная. Стул кашицеобразный, желтого цвета. Спонтанная и пассивная двигательная активность в полном объеме, мышечный тонус удовлетворительный, врожденные рефлексы хорошо выражены, взгляд ясный, патологических симптомов со стороны черепно-мозговых нервов нет.

ОАК: WBC – $9,0 \times 10^9/L$ RBC – $5,0 \times 10^{12}/L$ HGB – 180 g/L HCT – 40,8% MCV – 98fL MCH – 34 pg MCHC – 392 g/L RDW – 20% PLT – $220 \times 10^9/L$ эоз. – 4% п/яд. – 2% сегм. – 39% лимф. – 45% мон. – 10% СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общ. белок – 54 г/л, общ. билирубин – 180 ммоль/л за счет непрямого, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л.

Задание

1. Укажите диагноз.
2. Оцените результаты лабораторных исследований.

3. Каков генез желтухи в данном клиническом случае?
4. Определите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях. Указать вид вскармливания.
5. Тактика наблюдения ребенка на амбулаторном этапе.
6. Комплекс мероприятий по становлению и сохранению грудного вскармливания.

Примерный ответ к задаче № 1

1. Диагноз: физиологическая желтуха.

Обоснование: манифестация желтухи на 3-и сутки жизни, удовлетворительное состояние ребенка, отсутствует гепатомегалия, физиологическая окраска мочи и стула.

2. Общий анализ крови – в пределах нормы; уровень билирубина 180 мкмоль/л за счет непрямого на 3-4-е сутки жизни новорожденного, что подтверждает физиологическую желтуху.

3. Учитывая удовлетворительное состояние ребенка, показано совместное пребывание с матерью, грудное вскармливание, общий уход. При отсутствии прогрессирования желтухи и гипербилирубинемии ребенка можно провакцинировать против туберкулеза, провести забор крови на неонатальный скрининг и выписать домой.

4. На амбулаторном этапе: наблюдение участковым педиатром по плану, соответствующему группе здоровья 2Б, так как ребенок переносит физиологическую желтуху, а беременность матери протекала на фоне анемии и гестоза.

ЗАДАЧА №2

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Ребенок от оперативных экстренных срочных родов в сроке 40-41 неделя (оперативное родоразрешение по поводу клинически узкого таза) родился с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой тела 4290 гр, длиной 55 см.

Из анамнеза: беременность 1, роды 1. На учете по беременности в женской консультации состояла с 8-9 недель. Беременность протекала на фоне ВСД по гипертоническому типу, миопии 1 ст, токсикоза 1 половины беременности, в 22-23 недели — угроза прерывания, 25 недель — посев из влагалища *E.faecalis* в умеренном росте (проведена санация), 37 недель — отеки беременных, выраженный дисбиоз кишечника.

Anamnesis morbi: Период ранней адаптации без особенностей. Грудное вскармливание по требованию. На 2 сутки жизни появились срыгивания небольшим объемом околоплодных вод с примесью гемоража. К концу 2 суток жизни (на 42 час) появилась мелена, из желудка выведено 20,0 мл алой крови сгустками. На основании данных гемостазиограммы, клинической картины проведена трансфузия СЗП, повторно введен викасол. Трансфузия СЗП без осложнений. Состояние стабилизировалось. На 3 сутки жизни появилась иктеричность кожи до 2 степени по Крамеру, начата фототерапия. При аускультации сердца выслушивается негрубый систолический шум, гемодинамика не нарушена. Живот поддут, умеренно болезненный при пальпации. Стул — зеленый с примесью «старого» гемоража. На 4 сутки жизни в стабильно тяжелом состоянии ребенок переведен из родильного дома на 2 этап выхаживания. При объективном осмотре: кожа иктеричная 2 степени по Крамеру на бледном фоне, сухая, тургор и эластичность снижены. Убыль массы тела 9%. Дыхание спонтанное, проводится симметрично, биомеханика не нарушена. Кислородной зависимости нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. По ЭКГ синусовый ритм, АД в пределах нормы на всех конечностях, предуктальная и постдуктальная сатурации без значимой разницы. При аускультации сердца выслушивается негрубый систолический шум, в 4 межреберье слева и справа от грудины. Живот поддут, перистальтика выслушивается во всех отделах активная, умеренно болезненный при пальпации. После очистительной клизмы

получен эффективный темно-зеленый стул с примесью “старой” крови. Моча светло-желтая, диурез снижен.

Результаты исследований:
ОАК

Возраст	L, $\times 10^9$	Eg, $\times 10^{12}$	Hb, г/л	PLT, $\times 10^{12}$	Лейкоцитарная формула, %					
					незр	с/я	лим	мон	н/бл	эоз
1 сут	30,6	6,5	255	213		71,5	19,5	8,1		0,8
2 сут	18,6	4,1	144	290		52,7	37,1	10,2		
3 сут	13,88	2,8	102	225	0,8	45,8	37,4	12,8	0,3	3,9

Биохимия крови

Возраст	калий	натрий	Белок	глю	Мочевина	Билир общ/прям.	АСТ	АЛТ	ЩФ	СРБ
2 сут						188 мкмоль/л				5
3 сут	3,3 ммоль/л	136 ммоль/л	55 г/л	6,7 ммоль/л	3,67 ммоль/л	148/9 мкмоль/л	52 Ме/л	22 Ме/л	104 Ме/л	4 мг/л

Гемостазиограмма

Возраст	Протромбин по Квику	Протромб. время, с	МНО	АПТВ, сек	Фибриноген, г/л	Тромб. время, с
2 сут	58		1,54	44	2,0	22,7
3 сут	75,7	12,2	1,13	35,3	2,3	16,3

Группа крови ребенка: 0(I) Rh (+) положительный

НСГ — без структурных изменений

УЗИ брюшной полости — гепатомегалия

Обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости в прямой проекции — патологии не выявлено.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз, с указанием формы заболевания.
2. Назовите антенатальные факторы риска, которые могли привести к выявленной патологии у новорожденного.
3. Интерпретируйте данные лабораторных исследований.
4. Определите тактику ведения пациента.
5. На основании представленной клинической картины перечислите дополнительные исследования, показанные ребенку.

Примерный ответ к задаче № 2

1) Диагноз

Основной: геморрагическая болезнь новорожденных, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение

Осложнение: постгеморрагическая анемия тяжелой степени

Фон: внутриутробное инфицирование

Сопутствующие: конъюгационная гипербилирубинемия

- 2) патогенная флора, выявленная при посеве из влагалища, тяжелый дисбиоз кишечника, который мог вызвать дефицит витамина К; интранатальный период (экстренное кесарево сечение, клинически узкий таз)
- 3) В ОАК к 3 суткам жизни выросла анемия, требующая гемотрансфузии, данных за инфекционный процесс нет. В гемостазе на 2 сутки жизни снижен протромбин по Квику, повышено МНО, удлинено АПТВ, фибриноген нижняя граница нормы. На фоне коррекции СЗП повторный гемостаз нормализовался.
- 4) С заместительной целью показана трансфузия эритроцитсодержащих компонентов крови, с контролем ОАК, ОАМ после гемотрансфузии. Контроль гемостазиограммы. Консультация хирурга, гематолога.
- 5) Учитывая наличие патологического шума при аускультации сердца, показана ЭХО-КГ.

ЗАДАЧА №3

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

На 28 сутки жизни в приемный покой ДГБ по направлению участкового педиатра поступил мальчик с жалобами родителей на периодическое беспокойство ребенка, отказ от груди, вздутие живота, сонливость, желтуху.

Из анамнеза: ребенок от 3 беременности 2 срочных самостоятельных родов в головном предлежании. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела 3300, длина 52 см. С рождения состояние ребенка было расценено как средней степени тяжести за счет дыхательной недостаточности 1 степени. Адаптировался в ПИТе в условиях с дополнительной подачей кислорода через воронку. Через 2 часа переведен из ПИТа в палату на совместное пребывание с матерью. На 2 сутки жизни вакцинирован против гепатита В, на 3 сутки БЦЖ. ОАК, сахар крови в пределах нормы. На 3 сутки жизни в удовлетворительном состоянии выписан домой. На патронаже в возрасте 28 суток педиатром выставлен диагноз: желтуха новорожденных, дано направление с стационар детской больницы.

Данные объективного осмотра: ребенок правильного телосложения, пониженного питания. Масса тела при поступлении 3250 гр. Реакция на осмотр негативная, выражена гиперестезия. Кожа иктеричная 1-2 степени по Крамеру на розовом фоне, мраморная, сухая, акроцианоз. Тургор и эластичность снижены. Дыхание проводится симметрично, биомеханика не нарушена. Тоны сердца ясные. При аускультации сердца во всех точках аускультации выслушивается систолический шум с р.тах в 3 межреберье по левому краю грудины, шум проводится в подмышечную область, на сосуды шеи. АД на правой руке 90/54, на правой ноге 45/12. ЧСС 165 в минуту. Дефицит пульса на a.dorsalis pedis. Живот поддут, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная. Стул на осмотре — желто-коричневый, кашицеобразный. Памперс «сухой». Со слов матери в течение последних 7 дней количество мочеиспусканий уменьшилось до 3-4 в сутки.

Результаты исследований:

ОАК

L, $\times 10^9$	Er, $\times 10^{12}$	Hb, г/л	PLT, $\times 10^{12}$	Лейкоцитарная формула, %					
				незр	с/я	лим	мон	н/бл	эоз
9,34	3,82	124	340	0,5	16	62,6	14,9	0,1	5,9

БИОХИМИЯ КРОВИ:

калий	натрий	Белок	глю	Креатинин	мочевина	Билир общ/	АСТ	АЛТ	ЩФ	СРБ	ПКТ
-------	--------	-------	-----	-----------	----------	------------	-----	-----	----	-----	-----

						прям.					
4,5	150	56	5,2	50	3,12	141/14	37	21	353	0,18	0,05
ммоль /л	ммоль/ л	г/л	ммоль /л	ммоль /л	ммоль /л	ммоль /л	Ме/л	Ме /л	Ме/ л	мг/л	

ОАМ - уд.вес 1025, белок 0,03 г/л, сахар отриц., лейкоциты 0-1-0, эритроциты 0.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Интерполируйте результаты представленных лабораторных исследований.
3. Назовите исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза.
4. Разработайте дальнейшую тактику ведения пациента.
5. Укажите пути профилактики рождения детей с ВПС.

Примерный ответ к задаче № 3

1. Врожденный порок сердца, вероятнее всего дуктус-зависимое системное кровообращение, декомпенсация. Обоснование: наличие патологических шумов в сердце, нарушения гемодинамики (высокое давление на правой руке, дефицит пульса и низкое АД на нижних конечностях), общие: отсутствие прибавки массы тела, неврологическая симптоматика, отказ от груди. Сниженный темп диуреза говорит о нарушении системного кровотока.
2. Повышена плотность мочи. В биохимии — повышен натрий.
3. ЭХО-КГ, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, НСГ, обзорная рентгенограмма органов гр.кл.и брюшной полости, консультация кардиолога/кардиохирурга.
4. Перегоспитализация в специализированный стационар, консультация кардиохирурга и решение вопроса о сроках оперативной коррекции порока по результатам дообследования.
5. Своевременная постановка на учет беременной женщины в женскую консультацию, систематическое наблюдение, проведение при необходимости перинатального консилиума; при наличии семейных, экологических, социальных факторов риска — тщательная прегравидарная подготовка.

ЗАДАЧА №4

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Новорожденная девочка находится в отделении реанимации новорожденных. Родилась с оценкой по шкале Апгар 2/3 баллов, с массой тела 1400, длиной 43 см, на ИВЛ с рождения в связи с неэффективным спонтанным дыханием, перенесенной гипоксией тяжелой степени.

Из анамнеза: матери 28 лет, беременность пятая (в анамнеза 2 преждевременных родов, 1 мед. аборт, 1 самопроизвольный выкидыш), протекала на фоне преэклампсии средней степени тяжести, в сроке 29 недель ОРВИ, осложнившееся пневмонией с тяжелым течением, по поводу чего лечилась в стационаре, получила антибактериальную терапию. Роды преждевременные в сроке 30 недель, оперативные в связи с прогрессирующей фето-плацентарной недостаточностью на фоне преэклампсии.

Состояние в течение первых суток жизни тяжелое за счет респираторного дистресс-синдрома на фоне глубокой недоношенности. На фоне лечения — заместительной сурфактантной терапии, инфузионной терапии с дофамином — состояние относительно стабилизировалось. Но в начале вторых суток жизни тяжесть состояния значительно усугубилась за счет прогрессирующей дыхательной

недостаточности (появилась зависимость от параметров ИВЛ, требуется 100% концентрация кислорода), церебральной недостаточности – на фоне синдрома угнетения ЦНС появились тонические судороги. В динамике вторых суток жизни синдром угнетения ЦНС прогрессировал до комы – атония, арефлексия, реакция зрачков на свет отсутствует, также появились признаки сердечно-сосудистой недостаточности. Кожные покровы бледные, с серым колоритом, с выраженными нарушениями микроциркуляции, конечности прохладные, периоральный цианоз. На ИВЛ, при аускультации – дыхание аппаратное, проводится неравномерно по полям легких. Тоны сердца глухие, ритмичные, брадикардия – ЧСС 105/минуту, симптом «белого пятна» более 5 секунд. Живот вздут, но доступен пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Анурия. Стул со слизью, непереваренный.

ОАК: WBC – $35,0 \times 10^9/L$ RBC – $4,0 \times 10^{12}/L$ HGB – 160 g/L HCT – 40,8% MCV – 98fL MCH – 34 pg MCHC – 392 g/L RDW – 20% PLT – $220 \times 10^9/L$ СОЭ – 3 мм/час. эоз. – 2% п/яд. – 18% сегм. – 52% миелоциты – 4% лимф. – 20% мон. – 4%

Исследование СМЖ: мутная, цитоз – 6000 в п/зр.: нейтрофилы – 82%, лимфоциты – 18%, белок – 0,95 г/л, реакция Панди + + + +.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: тотальное снижение пневматизации легочных полей, на фоне которого – более выраженное очаговое затемнение в верхней доле правого легкого.

Задание:

1. Предварительный диагноз, обоснование. Антенатальные факторы риска и причины развития данной патологии. Особенности течения у недоношенных детей.
2. Оцените результаты проведенных исследований. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза, каков общий объем обследования?
3. Определите лечебную тактику.
4. Эпидемиология инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных на современном этапе медицинского обслуживания. Организация работы структурных подразделений службы родовспоможения с целью снижения инфекционной заболеваемости новорожденных.

Примерный ответ к задаче № 4

1. Диагноз основной: ранний неонатальный сепсис неуточненной этиологии, септикопиемия (пневмония, менингит), острое течение.

Фон: недоношенность 3 степени, сочетанная гипоксия тяжелой степени.

Диагноз поставлен на основании анамнеза (антенатальные факторы риска: перенесенная матерью за неделю до родов пневмония с вероятной бактериемией обусловила инфицирование плода, усугубила течение гестоза и фетоплацентарной недостаточности, что явилось причиной досрочного родоразрешения), клинической картины – прогрессирующее развитие полиорганной недостаточности, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

2. В ОАК признаки гнойно-септического процесса: уровень лейкоцитоза на 3 сутки жизни $35,0 \times 10^9/L$ – характерен для сепсиса, а также нейтрофилез, наличие миелоцитов. При исследовании СМЖ – признаки менингита: высокий цитоз нейтрофильного характера. Рентгенологическое исследование: признаки очаговой пневмонии.

Для подтверждения сепсиса необходимо провести бактериологическое исследования гемокультуры, ликвора, содержимого эндотрахеальной трубки с целью выявления возбудителя, а также исследования уровня С-реактивного белка и прокальцитонин-тест.

Общий объем обследования: 1) лабораторные: ОАК в динамике, газового состава и КЩС крови, биохимический анализ крови (уровень гликемии, электролитов,

протеинемии с фракциями, билирубинемии с фракциями, трансаминазы, этаноловый тест, уровень креатинина, мочевины, ГГТ, щелочной трансферазы, холестерина, желчных кислот), коагулограмма, ОАМ; ПЦР крови на инфекции TORCH-комплекса, по показаниям – исследования на маркеры гепатитов, ВИЧ.

2) Инструментальные: НСГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек.

3. Тактика лечения: 1) обеспечить адекватный терморегим; 2) обеспечить мониторинг ЧД, ЧСС, АД, сатурации O₂ методом пульсоксиметрии; 3) обеспечить адекватную оксигенацию: ИВЛ под контролем газового состава и КЩС крови; 4) обеспечить адекватное кровообращение путем своевременной коррекции гемодинамических нарушений: инотропная поддержка препаратами дофамина, восполнение ОЦК; 5) немедленно назначить АБТ: цефалоспорины 3 поколения и аминогликозиды методом внутривенного введения, при получении результатов бак. исследований возможна коррекция АБТ с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, также показано введение внутривенного иммуноглобулина, например Пентаглобина.

ЗАДАЧА № 5

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Новорожденный мальчик 5-х суток жизни находится в отделении реанимации новорожденных. Родился с оценкой по шкале Апгар 1/4 балла, с массой тела 1200 г., длиной 43 см.

Из анамнеза: матери 32 года, страдает НЦД по гипертоническому типу, беременность 1, протекала на фоне гестоза тяжелой степени. Роды на 30-й неделе путем операции кесарево сечение в связи с отслойкой плаценты и акушерским кровотечением.

Состояние ребенка при рождении тяжелое за счет перенесенной гипоксии, гиповолемии на фоне акушерского кровотечения, РДС. В первый час жизни был установлен пупочный катетер для экстренного восполнения ОЦК. На фоне соответствующего комплекса лечебно-диагностических мероприятий состояние ребенка к 3 суткам стабилизировалось, появилось спонтанное дыхание, улучшился неврологический статус, усваивал необходимый объем энтерального кормления. Пупочный катетер удален на 4-е сутки жизни, для продолжения инфузионной терапии установлен периферический катетер. На 5 сутки жизни состояние ребенка резко ухудшилось за счет сочетанной органной недостаточности. Кожные покровы бледные, с серым колоритом, акроцианоз, выраженные нарушения микроциркуляции, обращает внимание обширная выраженная гиперемия пупочного кольца, пальпируется пупочная вена. На ИВЛ, дыхание проводится неравномерно, резко ослаблено, признаки дыхательной недостаточности – требуется 100% концентрация кислорода, при этом газовый состав крови нестабилен. ЧСС 105-112 в минуту, пульс нитевидный, артериальная гипотония. Неврологический статус: сопорозное состояние сознания, адинамия, резкая мышечная гипотония, арефлексия, на этом фоне периодические судорожные эквиваленты. Живот резко вздут, трудно доступен пальпации, энтеральное кормление не усваивает, в желудке застойное содержимое, печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка не определяется. Стул в небольшом количестве, зеленого цвета, разжиженный, со слизью. На 6-е сутки жизни прогрессирующая отрицательная динамика в состоянии за счет геморрагического синдрома в виде желудочно-кишечного кровотечения. Анурия.

ОАК: WBC – 28,0 x 10⁹/L RBC – 3,0 x 10¹²/L HGB – 130 g/L HCT – 40,8% MCV – 98fL

MCH – 34 pg MCHC – 392 g/L RDW – 20% PLT – 140 x 10⁹/л СОЭ – 3 мм/час.

эоз. – 4% п/яд. – 20% сегм. – 50% юные – 6% лимф. – 20% мон. – 2%

Газовый состав и КЩС крови: pH – 7,30, pCO₂ – 50, pO₂ – 60; ABE – - 12, SBE – - 15.

Биохимический анализ крови: общ. белок – 48 г/л, глюкоза – 9,8 ммоль/л, общ. билирубин – 140 ммоль/л за счет непрямого, АЛТ – 20 ммоль/л, АСТ – 18 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций общий – 1,9 ммоль/л

Рентгенологическое исследование грудной клетки: обширное очаговое затемнение верхней доли правого легкого; брюшной полости: пневматоз кишечника

Задание

1. Предварительный диагноз? Какие факторы способствовали развитию заболевания? Каков допустимый срок стояния пупочного катетера? Какие еще существуют факторы риска?
2. Оцените результаты лабораторных исследований.
3. Оцените результаты рентгенологических исследований.
4. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение данному ребенку.
6. Показана ли вакцинация данному пациенту?

Примерный ответ к задаче № 5

1. Диагноз основной: поздний неонатальный пупочный сепсис неуточненной этиологии, септикопиемия – пневмония, некротизирующий энтероколит, молниеносное течение. Осложнения: полиорганная недостаточность (дыхательная, сердечно-сосудистая, церебральная, энтеральная, почечная). Факторами риска развития постнатального сепсиса являются инвазивные манипуляции, в данном случае – катетеризация пупочной вены (максимальный срок – 72 часа), а также – интубация трахеи, катетеризация периферических и центральных сосудов, зондирование желудка, катетеризация мочевого пузыря, забор крови из вен.
2. Лейкоцитоз $28 \times 10^9/\text{л}$ на 5 сутки жизни с нейтрофильным сдвигом до юных форм – характерный признак септического процесса. По газовому составу и КЩС крови – респираторно-метаболический ацидоз. В биохимическом анализе – гипопроотеинемия, гипергликемия, погранично низкий уровень общего кальция. В совокупности эти результаты свидетельствуют о системной воспалительной реакции.
3. Признаки очаговой верхнедолевой пневмонии. Пневматоз кишечника – рентгенологический симптом НЭК
4. Следует провести бактериологическое исследование гемокультуры и содержимого трахеи, при получении единого возбудителя из 2 локусов диагноз сепсис подтверждается. Также показаны исследования уровня прокальцитонинового теста и С-реактивного белка, которые являются достоверными маркерами сепсиса.
5. АБТ: цефалоспорины 3 поколения и аминогликозиды 2 поколения, при выявлении возбудителя возможна ротация АБТ с учетом чувствительности. Необходимо также назначение внутривенного иммуноглобулина (например, Пентаглобина), продолжение инфузионной терапии с коррекцией ацидоза, гликемии, электролитов, с включением препаратов парентерального питания. По показаниям - гемотрансфузия.
6. Неонатальный сепсис предусматривает мед. отвод от вакцинации БЦЖ. Вакцинация против гепатита В в неонатальном отделении возможна при условии выздоровления.

ЗАДАЧА № 6

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Участковый врач-педиатр на первичном патронаже новорожденного.

Девочке 5 дней, родилась от первой беременности, протекавшей на фоне анемии и повторной угрозы прерывания. У матери с детства аутоиммунный тиреоидит. Роды на 43 неделе гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Родилась с массой тела 4100 г,

длиной – 50 см, окружность головы – 34 см, окружность груди – 33 см. С первых суток находилась в палате «Мать и дитя», вскармливание грудное в свободном режиме. Выписана домой на 4 сутки. При активном расспросе мама отмечает, что ребенок неохотно и вяло сосет грудь.

При осмотре педиатр отмечает снижение спонтанной активности ребенка, низкий и грубый голос при плаче, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова 1 степени, отечность лица и тыльных поверхностей кистей и стоп. Пупочный остаток не отпал. Рефлексы орального и спинального автоматизма вызываются, но снижены. Форма головы правильная, БР 3*3см, не напряжен. Мышечная гипотония. Носовое дыхание свободное. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД 52 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 110 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Стул был дважды, не обильный, желтого цвета, слизи не отмечали. Мочится редко, моча светлая, без запаха.

Из выписки из родильного дома выяснено, что неонатальный скрининг у ребенка не проведен. Рекомендовано провести в условиях амбулаторного наблюдения.

Задание:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика участкового педиатра.
3. Рекомендуемые исследования.
4. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.
5. Диспансеризация.
6. Прогноз заболевания.
7. Эпидемиологические аспекты врожденного гипотиреоза на территории Российской Федерации. Пути профилактики.

Примерный ответ к задаче № 6

1. Диагноз: Период новорожденности. Врожденный гипотиреоз.
Диагноз врожденного гипотиреоза поставлен на основании:
 - анамнеза – наличие у матери аутоиммунного тиреоидита;
 - типичной клинической картины: перенесенная беременность, большая масса тела при рождении, снижение рефлексов, отечное лицо, увеличенный язык, иктеричность кожного покрова, не отпавший пупочный остаток, отеки на тыльных поверхностях кистей и стоп, признаки незрелости, низкий и грубый голос при плаче, мышечная гипотония, глухость сердечных тонов.
2. Тактика участкового педиатра: Для окончательной верификации диагноза требуется срочное гормональное обследование.
3. Рекомендуемые исследования: Для окончательной верификации диагноза требуется срочное гормональное обследование – определение в периферической крови уровня ТТГ и свободного Т4, осмотр эндокринологом, проведение неонатального скрининга в условиях поликлиники.
4. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.
Сразу же после установления диагноза детям с врожденным гипотиреозом должна быть начата заместительная гормональная терапия L-тироксином, с повторным контрольным гормональным обследованием по назначению эндокринолога.
5. Совместное с эндокринологом диспансерное наблюдение с целью
 - оценки нервно-психического развития,
 - физического развития и динамики роста,
 - костного созревания,
 - контроля уровня гормонов ТТГ и св. Т4.

Участковый врач-педиатр выполняет полный стандарт наблюдения на педиатрическом участке с комплексной оценкой здоровья, определения сроков вакцинации.

6. Прогноз благоприятный при соблюдении заместительной терапии.

ЗАДАЧА № 7

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

У повторнобеременной женщины (в анамнезе – одни роды, два медицинских аборта) с группой крови A(II) Rh-отрицательной и нарастанием титра антител в 3 триместре в 2 раза от исходного, настоящая беременность осложнилась отеочной формой гестоза, фето-плацентарной недостаточностью. Роды в сроке 37 недель путем кесарева сечения в связи с прогрессирующим нарушением маточно-плацентарного кровотока и признаками внутриутробного страдания плода. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 4/5 баллов, с массой тела 2800 г., длиной 48 см. При первом осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы желтушные на бледном фоне, с желтым прокрашиванием пуповины, выраженные отеки мягких тканей лица, передней брюшной стенки, конечностей. Реакция на осмотр резко снижена, выраженная гиподинамия, мышечная гипотония, гипорефлексия. Дыхательные нарушения в виде одышки до 64 в минуту и умеренной ретракции межреберий. Аускультативно: дыхание пуэрильное, тоны сердца приглушены, ритмичные 124 в минуту. Живот больших размеров, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, селезенка – на 4 см.

Проведено обследование:

Группа крови: A(II) Rh-положительная.

Уровень билирубина 140 мкмоль/л за счет непрямого.

ОАК: WBC – $9,0 \times 10^9/\text{L}$ RBC – $3,0 \times 10^{12}/\text{L}$ HGB – 130 g/L HCT – 40,8% MCV – 98fL MCH – 34 pg MCHC – 392 g/L RDW – 20% PLT – $220 \times 10^9/\text{л}$ эоз. – 4% п/яд. – 2% сегм. – 39% лимф. – 45% мон. – 10% СОЭ – 3 мм/час.

Задание:

1. Поставить и обосновать диагноз.
2. В чем заключается лечебно-диагностическая тактика на данном этапе?
3. Рассчитать объем трансфузионных сред для заменного переливания крови. Какой должна быть групповая и резус-принадлежность трансфузионных сред?
4. Возможные осложнения. Билирубиновая энцефалопатия, стадии, прогноз.
5. Укажите основные причины, факторы риска и приоритетные направления профилактики заболеваемости детей в раннем неонатальном периоде.

Примерный ответ к задаче № 7

1. Диагноз предварительный: гемолитическая болезнь новорожденного по Rh-фактору, отеочная форма, тяжелой степени.

Обоснование: Rh-положительная кровь ребенка при Rh-отрицательной крови матери с отягощенным акушерским анамнезом и нарастанием титра антител в 3 триместре в 2 раза от исходного, наличие врожденной желтухи на бледном фоне в совокупности с отеочным синдромом и гепатоспленомегалией на фоне общего тяжелого состояния.

2. Учитывая клинико-лабораторную картину ГБН тяжелой степени следует, согласно протоколу лечения ГБН, немедленно начать инфузионную терапию из расчета физ. потребности, включая введение внутривенного иммуноглобулина, фототерапию и подготовку к заменному переливанию крови, учитывая высокий исходный уровень билирубина.

Объем обследования: уровень билирубина с фракциями, гемоглобина и эритроцитов в динамике 4 часов, АСТ АЛТ, уровень гликемии, электролитов, белка,

газового состава и КЩС; при возможности УЗИ-скрининг – НСГ, ЭхоКГ, УЗИ брюшной полости.

3. Для заменного переливания крови требуется эритроцитарная масса и свежезамороженная плазма группы крови ребенка с отрицательным резус-фактором, т.е. А(II) Rh-отрицательная. Общий объем для ЗПК следует рассчитывать из двух ОЦК (для доношенных – 160-180 мл/кг), т.е. 160 мл/кг = 448 мл, округляем до 450 мл, из них 2 части эритроцитарной массы – 300 мл и 1 часть плазмы – 150 мл.

4. При прогрессирующей гипербилирубинемии и несвоевременной/неадекватной диагностике и терапии самым грозным осложнением может быть билирубиновая энцефалопатия, также возможны синдром холестаза, печеночная недостаточность. Рассказать стадии билирубиновой энцефалопатии, прогноз.

ЗАДАЧА №8

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Мама 28-дневной девочки вызвала на дом врача педиатра с жалобами на отказ ребенка от еды, подъем температуры до 37,5⁰С, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от первой беременности, первых родов на 29 неделе. Ребенок перенес РДС первого типа, двое суток находился на ИВЛ, затем 5 суток на СРАР. Выписан на 21 сутки из отделения патологии новорожденных. Наблюдается у неонатолога, пульмонолога с диагнозом: Бронхолегочная дисплазия, классическая форма.

Объективно: ребенок беспокойный, двигательная активность достаточная. Кожа на ощупь горячая, чистая, цианоз носо-губного треугольника. Носовые ходы чистые, крылья носа напряжены. В зеве – гиперемия. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД 78-80 в минуту, дыхание поверхностное, ритмичное, диспноэ по экспираторному типу, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура – межреберья, мышцы передней брюшной стенки. Перкуторно в легких тимпанический звук. При аускультации отмечается диффузно ослабленное дыхание, выслушиваются мелкопузырчатые влажные, местами крепитирующие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 145 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень +1,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул самостоятельный, ежедневный, желтый, кашицеобразный. Диурез не нарушен.

Задание:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика участкового педиатра.
3. Рекомендуемые исследования.
4. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.
5. Диспансеризация.
6. Прогноз заболевания.

Примерный ответ к задаче № 8

1. Диагноз: Острый бронхолит, ДН 3. Бронхолегочная дисплазия, классическая форма. Недоношенность (29 недель гестации), РДС первого типа.

Обоснование:

- наличие симптомов респираторной инфекции – гиперемия в зеве, затрудненное дыхание,
- признаки ДН – периоральный цианоз, увеличение тахипноэ более, чем на 75 %, диспноэ по экспираторному типу, участие вспомогательной мускулатуры,
- физикальная картина – диффузное поражение: ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы,

- анамнез: недоношенность, РДС первого типа с методами вспомогательной вентиляции и респираторной поддержки в раннем неонатальном периоде,
- установленный диагноз БЛД

2. Тактика участкового педиатра.

Необходима срочная госпитализация: обоснование – период новорожденности, тяжесть состояния, обусловленная ДН 3 степени. Факторами, усугубляющими тяжесть течения, явились факторы перинатального периода – РДС 1 типа, сформировавшаяся БЛД.

Врач должен вызвать «Скорую медицинскую помощь», реанимационную бригаду, дожидаться ее приезда и отправить ребенка в стационар круглосуточного пребывания.

3. Рекомендуемые исследования: ОАК, КЩС,

4. Лечение.

Обеспечение O_2 -терапии – увлажненный, 40%, теплый через носовой катетер или кислородную палатку;

- обеспечение проходимости дыхательных путей:

- комбинированные β_2 -агонисты короткого действия – беродуал (фенотерол+ипратропия бромид) ингаляционно через небулайзер каждые 20 минут в течение одного часа из расчета 1 капля на кг массы тела, но не более 10 капель;

Оценка эффективности каждые 20 минут: цвет кожного покрова, частота дыхания, участие вспомогательной мускулатуры, проводимость дыхания при аускультации; показатели оксигемоглобина (%).

5. Участковый врач-педиатр осуществляет выполнение стандарта наблюдения на педиатрическом участке. Для профилактики РСВ-инфекции и связанных с ней обострений БЛД, развития острых бронхолитов используется вид пассивной иммунопрофилактики с помощью гуманизированных моноклональных антител IgG1 против респираторно-синцитиального вируса (препарат Паливизумаб).

6. Прогноз заболевания – благоприятный.

ЗАДАЧА № 9

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Новорожденный мальчик, гестационный возраст 38 недель, масса тела 2100 г., длина – 47 см, окружность головы – 32 см, окружность груди – 30 см, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов.

Из анамнеза: матери 20 лет, студентка, учебу совмещала с работой до 36 недель беременности. Беременность первая, протекала на фоне отеочной формы гестоза с 32 недель, в течение всей беременности отмечалась малая прибавка в весе, с 35 недель выявлена фетоплацентарная недостаточность. Роды в 38 недель самостоятельные, без осложнений.

При первом осмотре состояние ребенка средней степени тяжести за счет перенесенной гипоксии. Голова округлой формы, кости черепа плотные большой родничок 1,5х1,5 см, швы закрыты. Кожа розовая, чистая, сухая с крупнопластинчатым шелушением. Подкожно-жировой слой значительно снижен, контурируют ребра и суставы конечностей, эластичность и тургор тканей снижены. Лануго слабо выражено, ареола грудных желез хорошо выражена, сосок сформирован; исчерченность стоп хорошо выражена; ушная раковина сформирована, хрящ плотный; яички в мошонке. Неврологический статус: реакция на осмотр снижена, объем спонтанной двигательной активности снижен, объем пассивных движений достаточный, мышечный тонус в форме гипотонии, признаков периферических парезов в конечностях нет; рефлексы орального автоматизма выражены удовлетворительно, рефлексы спинального автоматизма отсрочены, быстро истощаются, патологических симптомов со стороны черепно-мозговых нервов нет. ЧД 40/мин., ЧСС 136/мин. Аускультативно: дыхание пуэрильное, проводится равномерно по всем полям легких, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень пальпируется на 2 см из-под

края реберной дуги, эластичной консистенции. В процессе осмотра произошло мочеиспускание и отхождение мекония. Обращает внимание быстрое охлаждение ребенка.

ОАК: RBC – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 160 г/л, MCH -33 пг, MCHC -335 г/л, RDW- 16,5%, MCV- 78 мкм³, PLT- $340,0 \times 10^9/\text{л}$, WBC – $9,0 \times 10^9/\text{л}$: э – 4%, п/я – 2%, с/я – 39%, л – 45%, м – 10%, СОЭ – 3 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок 46 г/л, общий билирубин – 42 мкмоль/л за счет непрямого, глюкоза – 1,4 ммоль/л, натрий – 125 ммоль/л, калий – 3,0 ммоль/л, кальций общий – 1,5 ммоль/л.

Задание

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Оценить соответствие гестационному возрасту. Рассчитать дефицит массы тела, если средняя масса при 38 неделях гестации составляет 3145 граммов.
3. Оцените результаты проведенных исследований. Какие исследования еще показаны этому ребенку?
4. Обоснуйте тактику лечения и выхаживания для данного ребенка.
5. Дайте рекомендации по вскармливанию. Рассчитайте суточный и разовый объемы кормления.

Примерный ответ к задаче № 9

1. Диагноз основной: задержка внутриутробного развития по гипотрофическому варианту тяжелой степени. Сопутствующий: сочетанная гипоксия средней степени тяжести.

Обоснование: дефицит массы 33%, массо-ростовой индекс – 47, что соответствует III степени гипотрофии, при этом масса снижена значительней, чем длина и окружности, что соответствует гипотрофическому варианту.

Гестационный возраст оценивается по совокупности оценок антропометрических показателей (таблицы Дементьевой, центильные) и морфо-функциональной зрелости по таблице Ballard. В данном случае массо-ростовые показатели не соответствуют сроку гестации, морфологическая зрелость характерна для доношенного ребенка, что подтверждает ЗВУР.

2. Тактика для данного ребенка должна соответствовать алгоритму интенсивной терапии и выхаживания новорожденных после перенесенной гипоксии, как то: 1) обеспечить оптимальный терморезим путем помещения в условия клинического инкубатора; 2) обеспечить мониторинг ЧД, ЧСС, сатурации O₂, АД; 3) обеспечить адекватную оксигенацию с помощью кислородотерапии под контролем сатурации O₂, газового состава крови; 3) обеспечить адекватное кровообращения путем назначения инфузионной терапии и своевременной коррекции гемодинамических нарушений; 4) обеспечить адекватный гомеостаз путем контроля и своевременной коррекции уровня гликемии, протеинемии, основных электролитов, КЩС; 5) обеспечить адекватное питание – энтеральное, по показаниям – парентеральное.

3. 1) ОАК в пределах нормы;

2) биохимическое исследование: гипопроteinемия, гипогликемия, погранично низкие уровни электролитов, что характерно для ЗВУР.

Показаны следующие исследования: лабораторные – газовый состав и КЩС крови, общий анализ мочи, копрограмма (по показаниям – бактериологическое исследование), а также в динамике – ОАК, биохимическое. Инструментальные: НСГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек. В плановом порядке – неонатальный скрининг.

4. Вскармливание грудным свежесцеженным молоком, на первом этапе – через соску, учитывая состояние средней степени тяжести, далее – непосредственно грудное.

Расчет питания, учитывая низкую массу тела, следует проводить калорийным методом. Суточный объем молока из расчета 90 ккал/кг на 7 сутки жизни составляет 264 мл или 38 мл 7 раз в сутки через 3 часа.

ЗАДАЧА № 10

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Недоношенный мальчик родился в сроке 30 недель гестации, с оценкой по Апгар 2/3 балла, масса тела 1080 г, длина 40 см.

Из анамнеза: у матери (30 лет) первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, после чего лечилась по поводу вторичного бесплодия течение 5-ти лет, данная беременность вторая, протекала на фоне преэклампсии тяжелой степени с 29 недели, хронической фето-плацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, в связи с прогрессированием которых женщина была досрочно планово родоразрешена путем операции кесарева сечения.

Состояние ребенка с рождения тяжелое за счет дыхательной, церебральной недостаточности, на фоне глубокой морфо-функциональной незрелости: спонтанное дыхание неэффективное, дыхательные нарушения в виде одышки до 80 в минуту, выраженной ретракции межреберий и грудины, аускультативно дыхание резко ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы.

Задание

1. Какой комплекс первичных и реанимационных мероприятий в родильном зале показан данному ребенку?
2. О какой патологии следует думать в первую очередь? Какой вопрос в связи с этим следует уточнить? Рассказать о патогенезе данного заболевания.
3. Какой комплекс лечебно-диагностических мероприятий показан этому ребенку? В чем заключается этиотропная и патогенетическая терапия?
4. Какие гемодинамические нарушения сопровождают течение РДС? Какие возможны осложнения при проведении ИВЛ?
5. Развитие какой еще перинатальной патологии у глубоко недоношенных новорожденных вероятно при тяжелом и осложненном течении РДС?

Примерный ответ к задаче № 10

1. В родильном зале следует: ребенка следует поместить на реанимационный столик под источник лучистого тепла, обсушить, одновременно оценить наличие и эффективность спонтанного дыхания и ЧСС, провести санацию ВДП, тактильную стимуляцию, после чего, если не появилось спонтанное дыхание или же оно неэффективно, показана интубация трахеи и ИВЛ, а также – введение сурфактанта.
2. Ведущая патология для недоношенного данного гестационного возраста – респираторный дистресс-синдром 1 типа, обусловленный дефицитом сурфактанта, в связи с чем следует уточнить вопрос о том, проведена ли была беременной антенатальная профилактика РДС дексаметозоном, который достоверно ускоряет созревание сурфактанта. Рассказать о патогенезе данного заболевания.
3. Комплекс лечебно-диагностических мероприятий в остром периоде перинатальных поражений ЦНС предусматривает соблюдение принципов интенсивной терапии новорожденных:
 - 1) обеспечение адекватного терморегуляционного режима: условия инкубатора с соответствующей массе тела температурой и влажностью;
 - 2) мониторинг ЧД, ЧСС, АД, сатурации O₂ методом пульсоксиметрии;

- 3) обеспечение адекватной оксигенации: ИВЛ – под контролем сатурации и газового гомеостаза, по показаниям – второй тур заместительной сурфактантной терапии;
 - 4) обеспечение адекватного кровообращения: инфузионная терапия, коррекция гемодинамических нарушений с помощью инотропной поддержки (препараты группы дофамина) и восполнения ОЦК;
 - 5) контроль и коррекция уровня гликемии, электролитов, КЩС;
 - 6) УЗ-скрининг: НСГ, ЭхоКГ, УЗИ брюшной полости;
 - 7) антибактериальная терапия с целью профилактики госпитального инфицирования, учитывая ряд инвазивных манипуляций;
 - 8) обеспечение адекватного энтерального и парентерального питания.
 - 9) этиотропная терапия – заместительная сурфактантная, патогенетическая – ИВЛ.
4. Основные осложнения ИВЛ: баротравмы (чаще пневмоторакс), легочное кровотечение, ИВЛ-ассоциированная пневмония, бронхолегочная дисплазия.
5. Для глубоко недоношенных новорожденных характерны: перинатальные поражения ЦНС в виде церебральной ишемии с развитием лейкомаляции и/или внутрижелудочковых кровоизлияний различной степени, возможно с развитием постгеморрагической гидроцефалии; анемия недоношенных эритропоэтиндефицитного генеза; ретинопатия; бронхолегочная дисплазия.

ЗАДАЧА № 11

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Переношенный ребенок родился путем операции кесарево сечение с оценкой по шкале Апгар 1/3 балла, с массой тела 4500 г., длиной – 56 см, ОГ – 55 см, ОГр – 53 см. Матери 20 лет, беременность первая, протекала на фоне гестоза первой половины легкой степени, во втором и третьем триместре – без осложнений. Роды начались самостоятельно, осложнились слабостью родовой деятельности, проводилось родоусиление окситоцином, на фоне которого на 20 часу родовой деятельности появилась резкая болезненность в нижней половине живота, в том числе и вне схваток, при кардиомониторинге плода зарегистрирована брадикардия 110\мин., через полчаса – 90\мин., в связи с чем проведено экстренное кесарево сечение, при котором было затруднено извлечение головки в связи с расположением ее в полости таза.

Состояние с рождения крайне тяжелое. В родовом зале проведен полный комплекс первичной реанимации, на фоне которой восстановилась сердечная деятельность и на ИВЛ ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных. В динамике первых суток жизни на фоне проводимых лечебных мероприятий состояние оставалось крайне тяжелым за счет комы. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, с нарушением микроциркуляции. ИВЛ во вспомогательном режиме, дыхание проводится равномерно по всем полям легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин., АД, сатурация O₂ в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Меконий отошел. Диурез снижен.

НСГ: резкое усиление эхогенности паренхимы со сдавлением боковых желудочков, подкорковые структуры дифференцируются нечетко, область задней черепной ямки высокоэхогенна, контуры и структура мозжечка не дифференцируются; при контрольном исследовании через сутки – признаки тромбообразования в области задней черепной ямки.

Задание:

1. Какой комплекс первичной и реанимационной помощи показан при такой оценке по шкале Апгар.

2. Ваш предварительный диагноз. Какие факторы способствовали реализации данного состояния?
3. Какой комплекс лечебно-диагностических мероприятий показан этому ребенку?
4. Какие еще возможны поражения при таком течении родов?
5. Укажите возможные исходы заболевания.

Примерный ответ к задаче № 11

1. Тактика первичной реанимационной помощи – экстренный перевод на ИВЛ и непрямой массаж сердца, если на фоне проводимых мероприятий ЧСС не нормализуется показано введение адреналина в эндотрахеальную трубку или в пупочную вену.

2. Диагноз основной: Перинатальное поражение ЦНС смешанного гипоксическо-травматического генеза тяжелой степени – субдуральное кровоизлияние в области задней черепной ямки (не исключается разрыв намета мозжечка), острый период, кома.

Фон: острая гипоксия тяжелой степени, крупный ребенок.

Факторы риска: крупный плод, клинически узкий таз, слабость родовой деятельности, затруднение извлечения головки при оперативном родоразрешении. Рассказать классификацию травматических поражений ЦНС.

3. Комплекс лечебно-диагностических мероприятий предусматривает соблюдение протокола интенсивной терапии после перенесенной гипоксии:

- 1) обеспечение оптимального терморегима;
- 2) обеспечение мониторинга ЧД, ЧСС, АД, сатурации O₂;
- 3) обеспечение адекватной оксигенации: ИВЛ под контролем газового состава крови;
- 4) обеспечение адекватного кровообращения: по показаниям – инотропная поддержка (дофамин), коррекция ОЦК;
- 5) профилактика нозокомиального инфицирования путем своевременного назначения антибактериальной терапии, в данном случае АБТ показана, так как продленная ИВЛ является показанием для АБТ;
- 6) обеспечение адекватного энтерального и парентерального питания;
- 7) объем обследования: ОАК, газовый состав и КЩС крови, биохимическое исследование, нейросонография, эхокардиография и УЗИ органов брюшной полости.

4. Возможны родовая травма шейного отдела спинного мозга и шейных позвонков, в связи с чем показано рентгенологическое исследование и/или УЗИ шейного отдела позвоночника, по результатам которого – МРТ шейного отдела спинного мозга. Возможные исходы: может быть летальный при разрыве намета мозжечка, при выживании с высокой вероятностью возможно формирование различных резидуальных неврологических нарушений различной степени тяжести, т.к. двигательные, задержка моторного и/или психо-речевого развития.

ЗАДАЧА № 12

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Недоношенная девочка, родилась в сроке 30 недели гестации, с оценкой по Апгар 3/4 балла, в связи с чем в родильном зале начата ИВЛ, масса тела 1200 г, длина 40 см.

Из анамнеза: у матери первые 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем, данная беременность 3, протекала на фоне преэклампсии тяжелой степени с 24 недель, хронической фето-плацентарной недостаточности, хронической гипоксии плода, в связи с прогрессированием которых женщина была досрочно родоразрешена путем операции кесарево сечение.

Состояние ребенка с рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности тяжелой степени на фоне течения РДС. На фоне комплекса лечебно-диагностических мероприятий состояние стабилизировалось. В середине вторых суток состояние ребенка резко ухудшилось за счет неврологической симптоматики: адинамия, атония, арефлексия, отсутствие реакции зрачков на свет, на этом фоне приступы тонических судорог. В связи с этим проведена нейросонография.

НСГ: мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины; боковые желудочки дилатированы во всех отделах, в их полостях массивные гиперэхогенные включения – тромбы.

ОАК: WBC – $9,0 \times 10^9$ /LRBC – $3,0 \times 10^{12}$ /L HGB – 130 g/LHCT – 40,8% MCV – 98fL, MCH – 34 pgMCHC – 392 g/LRDW – 20% PLT – 200×10^9 /л COЭ – 3 мм/час.эоз. – 4% п/яд. – 2% сегм. – 39% лимф. – 45% мон. – 10%

Задание

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Выделите синдромы поражения в клинике данного заболевания.
3. Назовите дополнительные методы исследования. Какие признаки будут подтверждать диагноз?
4. Какова этиология данной патологии у недоношенных? Назовите АФО ЦНС, являющиеся факторами риска для развития данной патологии?
5. Назовите ранние и поздние осложнения внутрижелудочковых кровоизлияний.
6. Консультации каких специалистов показаны ребенку?

Примерный ответ к задаче № 12

1. Диагноз основной: Перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, тяжелой степени – внутрижелудочковое кровоизлияние III степени, острый период, кома. Сопутствующий: кардиореспираторный дистресс-синдром. Фон: сочетанная гипоксия тяжелой степени, недоношенность III степ.

Рассказать об АФО головного мозга у недоношенных, этиологии и патогенетических факторах ВЖК.

2. Комплекс лечебно-диагностических мероприятий в остром периоде перинатальных поражений ЦНС предусматривает соблюдение принципов интенсивной терапии:

- 1) обеспечение адекватного терморегуляционного режима: условия инкубатора с соответствующей массой тела температурой и влажностью;
- 2) мониторинг ЧД, ЧСС, АД, сатурации O₂ методом пульсоксиметрии;
- 3) обеспечение адекватной оксигенации: ИВЛ – под контролем сатурации и газового гомеостаза, заместительная сурфактантная терапия;
- 4) обеспечение адекватного кровообращения: инфузионная терапия, коррекция гемодинамических нарушений – инотропная поддержка, восполнение ОЦК;
- 4) контроль и своевременная коррекция уровня гликемии, электролитов, КЩС;
- 5) обеспечение адекватного питания – энтерального и парентерального;
- 5) УЗИ-скрининг: нейросонография – основной метод диагностики, а также желательно ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости;
- 6) антибактериальная терапия с целью профилактики госпитального инфицирования, учитывая ряд инвазивных манипуляций.

Также в остром периоде геморрагических поражений головного мозга показана адекватная гемостатическая терапия (дицинон, трансфузия СЗПлазмы) и противосудорожная терапия (тиопентал натрия, фенобарбитал).

В восстановительном периоде: НСГ-контроль, церебропротекторы, при прогрессирующей гидроцефалии возможно назначение диакарба, также реабилитационные мероприятия – массаж, физиотерапия, гимнастика, плавание.

3. Охарактеризовать судорожный и коматозный синдромы. Назвать возможные осложнения внутрижелудочковых кровоизлияний (постгеморрагическая гидроцефалия различной степени тяжести, вплоть до окклюзионной; гипертензионно-гидроцефальный синдром, в позднем восстановительном периоде – формирование стойкой гидроцефалии, двигательных нарушений, задержки моторного и/или психо-речевого развития).
4. Люмбальная пункция: ликвор геморрагический, с большим количеством свежих и измененных эритроцитов, с повышенным уровнем белка.
5. Необходимы консультации невролога, офтальмолога, при быстро прогрессирующей постгеморрагической гидроцефалии с риском окклюзионной – нейрохирурга.

ЗАДАЧА № 13

ОПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

Запоздалые первые роды у женщины 26 лет осложнились слабостью родовой деятельности, проводилось родоусиление окситоцином. При кардиотокографии плода отмечалась тахикардия до 180 ударов в минуту, сменившаяся тенденцией к брадикардии – 110-120 ударов в минуту. Первый период длился 20 часов, второй период – 25 минут, осложнился также слабостью потуг. При выведении головки ребенка подтекают задние мекониальные околоплодные воды. При рождении ребенок самостоятельно не дышит, ЧСС 100 в минуту.

Задание

1. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар, обоснуйте оценку.
2. Какова тактика первичной реанимационной помощи при риске мекониальной аспирации? Назовите показания к продленной ИВЛ.
3. Факторы риска и патогенез данной патологии?
4. Клиническая картина и возможные осложнения. Какие рентгенологические изменения характерны для мекониальной аспирации?
5. Принципы лечения. Показана ли антибактериальная терапия при мекониальной аспирации?

Примерный ответ к задаче № 13

1. Оценка по шкале Апгар у данного ребенка составляет 2 балла, так как при рождении есть только сердцебиение, которое при ЧСС более 100/минуту оценивается на 2 балла, при ЧСС менее 100/минуту – на 1 балл.
2. Тактика первичной реанимационной помощи при мекониальной аспирации заключается в санации ВДП сразу после рождении головки, при полном рождении ребенка следует действовать по алгоритму первичной реанимационной помощи, которую должна оказывать бригада из 2 неонатологов и 1 мед. сестры:
 - поместить ребенка под источник лучистого тепла
 - обсушить и пеленку удалить
 - провести санацию трахеи эндотрахеальной трубкой, после чего начать ИВЛ через эндотрахеальную трубку 100% кислородом.
 - мониторировать ЧСС.
3. Показания к продленной ИВЛ: отсутствие или неэффективность самостоятельного дыхания, массивная аспирация, брадикардия. Факторы риска, патогенез: переносимость, гипоксия – хроническая и/или острая – приводит к спазму сосудов брыжейки, усилению перистальтики кишечника и пассажу мекония в околоплодные воды, который плод может аспирировать.
4. Охарактеризовать клиническую картину дыхательной недостаточности, рентгенологическую картину (снижение пневматизации, ателектазы, симптом «снежной бури»), рассказать о возможных осложнениях (пневмоторакс, пневмония, сепсис).

5. Принципы лечения основаны на протоколе интенсивной терапии новорожденных после перенесенной гипоксии:

- 1) обеспечение оптимального терморежима;
- 2) обеспечение мониторинга ЧД, ЧСС, АД, сатурации O₂;
- 3) обеспечение адекватной оксигенации: ИВЛ под контролем газового состава крови;
- 4) обеспечение адекватного кровообращения: по показаниям — инотропная поддержка (дофамин), коррекция ОЦК;
- 5) обеспечение адекватного питания.
- 6) профилактика нозокомиального инфицирования путем своевременного назначения адекватной антибактериальной терапии, в данном случае АБТ показана, так как развивается химический пневмонит в результате поражения альвеол меконием, на этом фоне возможно вторичное инфицирование, кроме того продленная ИВЛ также является показанием для АБТ.