

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

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность	31.08.18 Неонатология
Год начала обучения	2021 год

Всего ЗЕТ	- 3
Всего часов	- 108

Программа ГИА разработана в соответствии со следующими документами:

- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология, утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 30.06.2021 г. № 559.

- Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программы ординатуры»;

- Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 136н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-неонатолог"

- Клиническими рекомендациями по нозологиям

Рабочая программа рассмотрена на заседании кафедры факультетской педиатрии

1. Цель и сроки проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям -----Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология.

2. Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования

3. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.18 Неонатология проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.18 Неонатология и определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций.

Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3 з.е., проводится на 2 курсе.

4. Структура аттестационных испытаний

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности по специальности 31.08.18 Неонатология:

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

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

1. Этап – Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков
2. Этап – Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры
3. Этап – Оценка способности применять знания и умения при решении

профессиональных задач

Перечень дисциплин, определяющих содержание Госэкзамена:

Этап проведения Госэкзамена	Перечень дисциплин
1. Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков	Неонатология
2. Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры	Неонатология. Микробиология. Патологическая физиология. Клиническая фармакология. Общественное здоровье и здравоохранение. Педагогика. Гигиена и

	эпидемиология чрезвычайных ситуаций. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Инфекционные болезни. Медицинская информатика. Педагогическая психология. Онкология
3. Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач	Неонатология

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Первый этап:

Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи, определению тактики лечения, а также других специальных профессиональных умений по специальности 31.08.18 Неонатология. Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных отделениях перинатальных центров, родильных домов и учебно-лечебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины (кафедра факультетской педиатрии), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Место проведения - оценка уровня освоения практических навыков на симуляционном оборудовании, смоделированной клинической ситуации, на базе кафедры.

Форма проведения – устно.

Второй этап: Цель: оценка уровня теоретических знаний по основным клиническим дисциплинам.

Проверка уровня теоретической подготовленности на тестовом экзамене проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из массива по всем разделам профильных дисциплин, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

Место проведения – компьютерный класс или учебная аудитория (при бланочном тестировании)

Форма проведения – тестирование по компетенциям, установленным в основной профессиональной образовательной программе. Проведение тестирования осуществляется

в компьютерном классе или в письменной форме (на бланках).

Третий этап: цель – оценка уровня сформированного у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач.

Форма проведения – собеседование ситуационным клиническим задачам.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене (1 и 3 этапы) выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

Ординаторы должны быть ознакомлены с графиком проведения этапов государственного экзамена. Перерыв между государственными аттестационными испытаниями устанавливается продолжительностью не менее 7 календарных дней.

В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, ординатор не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Государственный экзамен должен начинаться в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии (ГЭК).

Секретарь государственной экзаменационной комиссии обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе государственной экзаменационной комиссии, списками ординаторов, протоколами на каждого ординатора. В начале экзамена (1 и 3 этапы) ординаторам выдаются экзаменационные задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

☞ проведение ГИА для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограничений возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении ГИА;

☞ присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами ГЭК);

☞ пользование необходимыми обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья техническими средствами при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;

☞ обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не

подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее 15 июля.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
1. Оценка практических навыков	УК-1.1; УК-1.2; УК-2.1; УК-2.2; УК-2.3; УК-3.1; УК-3.2; УК-4.1; УК-4.2; УК-5.1; УК-5.2; ОПК-1.1; ОПК-1.2; ОПК-1.3; ОПК-2.1; ОПК-2.2; ОПК-2.3; ОПК-3.1; ОПК-3.2; ОПК-3.3; ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4; ОПК-6.1; ОПК-6.2; ОПК-6.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-10.1; ОПК-10.2; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2
2. Тестовый контроль	УК-1.1; УК-1.2; УК-2.1; УК-2.2; УК-2.3; УК-3.1; УК-3.2; ОПК-1.1; ОПК-1.2; ОПК-1.3; ОПК-2.1; ОПК-2.2; ОПК-2.3; ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4; ОПК-6.1; ОПК-6.2; ОПК-6.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-10.1; ОПК-10.2; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2
3. Решение ситуационных (клинических задач)	УК-1.1; УК-1.2; УК-2.1; УК-2.2; УК-2.3; УК-3.1; УК-3.2; УК-4.1; УК-4.2; УК-5.1; УК-5.2; ОПК-1.1; ОПК-1.2; ОПК-1.3; ОПК-2.1; ОПК-2.2; ОПК-2.3; ОПК-3.1; ОПК-3.2; ОПК-3.3; ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4; ОПК-6.1; ОПК-6.2; ОПК-6.3; ОПК-7.1; ОПК-7.2; ОПК-8.1; ОПК-8.2; ОПК-9.1; ОПК-9.2; ОПК-10.1; ОПК-10.2; ПК-1.1; ПК-1.2; ПК-2.1; ПК-2.2

5.2. Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания

Показатели и критерии оценивания	Код(ы) оцениваемых компетенций	Этап проведения экзамена
<i>Знания</i>		
Проводит сбор информации о состоянии здоровья, течении беременности и родов у матери, особенности течения неонатального периода; транзиторные (пограничные) состояния новорожденного	УК-1.1; УК-1.2; ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3;	1,3 этапы
Перечисляет методы диагностики заболеваний новорождённых детей	ОПК-1.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5	1,3 этапы

Называет лабораторные методы диагностики заболеваний новорождённых детей	ОПК-4.4;	1,3 этапы
Симптомы заболеваний и патологических состояний у новорожденных и недоношенных детей.	ОПК-4.3; ОПК-4.4; ОПК-4.5	1,3 этапы
Перечисляет основные показатели лечебно-диагностической работы отделения новорожденных	УК-1.1; УК-1.2	1,2,3 этапы
Рассказывает должностные инструкции врача-неонатолога, младшего и среднего медицинского персонала в медицинских (лечебно-профилактических) учреждениях.	УК-1.1; УК-1.2	1,2,3 этапы
Рассказывает близко к тексту Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"	УК-1.1; УК-1.2	3 этап
Перечисляет требования охраны труда и пожарной безопасности.	УК-1.1; УК-1.2	3 этап
Рассказывает о участии в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования.	УК-4.1; УК-4.2 ОПК-3.1; ОПК-3.2; ОПК-3.3	3 этап
Описывает основные характеристики здорового образа жизни, методы его формирования.	ОПК-8.1; ОПК-8.2	3 этап
Перечислять правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Неонатология», в том числе в электронном виде	ОПК-9.1; ОПК-9.2	1,2,3 этапы
Объяснить медико-статистические показатели, необходимые для отчета о деятельности медицинской организации	ОПК-2.1; ОПК-2.2; ОПК-2.3	1,2,3 этапы
Перечисляет методы диагностики используемые в неонатологии	ОПК-4.4	1,2,3 этапы
Проводить и анализировать дифференциальную диагностику заболеваний в неонатальный период	ОПК-4.5	1,2,3 этапы
Выполнять сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни у родителей пациентов и их законных представителей с заболеваниями в неонатальный период	ОПК-4.1	1,2,3 этапы
Формулировать диагноз с учетом жалоб, анамнеза болезни и жизни пациентов, данных основных и дополнительных методов обследования	ОПК-4.5	1,2,3 этапы
Рассказывает порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «неонаология» в соответствии со стандартом оказания помощи детскому	УК-3.1; УК-3.2	1,2,3 этапы
Перечисляет основные методы исследования заболеваний: осмотр, сбор анамнеза жизни и анамнеза болезни.	ОПК-4.1; ОПК-4.2; ОПК-4.3	1,2,3 этапы

Интерпретирует дополнительные методы исследования	ОПК-10.1	1,2,3 этапы
Проводит антропометрические, физические, лабораторные методы исследования, применяемые в неонатологии	ОПК-1.1; ОПК-1.2; ОПК-1.3; ОПК-4.2	1,2,3 этапы
Описывает клиническую картину, основные методы лечения заболеваний в неонатальном периоде	ОПК-10.1	1,2,3 этапы
Использовать клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	УК-3.1; УК-3.2; ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4	1,2,3 этапы
Описывает порядок участия в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации.	ОПК-10.1; ОПК-10.2	2,3 этапы
Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пациентам с заболеванием, соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4	1,2,3 этапы
Обосновать механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в неонатологии; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.	ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4	1,2,3 этапы
Перечисляет формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний	ОПК-8.1; ОПК-8.2	1,2,3 этапы
Рассказывает об основах здорового образа жизни, методах его формирования	ОПК-8.1; ОПК-8.2	1,2,3 этапы
Рассказывает принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования состояний у новорожденных и недоношенных детей.	ОПК-7.1; ОПК-7.2	1,2,3 этапы
Рассказывает должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала в медицинских организациях неонатологического профиля	УК-4.1; УК-4.2; ОПК-9.1	1,2,3 этапы
Рассказывает правила работы в информационных системах и информационной сети «Интернет»	ОПК-1.1; ОПК-1.2	1,2,3 этапы
<i>Умения</i>		
Анализирует информацию о состоянии здоровья, течении беременности и родов у матери, особенности течения неонатального периода;	ОПК-4.3;	2,3 этапы

транзиторные (пограничные) состояния новорожденного.		
Интерпретирует результаты сбора анамнеза и формирует диагноз.	ОПК-4.5	2,3 этапы
Организует работу коллектива неонатологического профиля с распределением обязанностей в нем.	УК-3.2	2,3 этапы
Организует участие в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования.	ОПК-3.1; ОПК-3.2; ОПК-3.3	2,3 этапы
Разрабатывать рекомендации для пациентов по мотивации к здоровому образу жизни.	ОПК-8.1	2,3 этапы
Проводить санитарно-просветительские беседы для пациентов и медицинского персонала с целью формирования навыков здорового образа жизни.	ОПК-8.2	3 этап
Проводить профилактические осмотры детей, а также иные мероприятия по профилактике и раннему выявлению заболеваний в неонатальном периоде	ОПК-2.2	3 этап
Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, и контролирует качество её ведения.	ОПК-9.2	2,3 этапы
Осуществлять анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности пациентов	ОПК-6.1; ОПК-6.2; ОПК-6.3	2,3 этапы
Давать перечень статистических методов изучения заболеваемости в неонатологии	ОПК-2.1	2,3 этапы
Составляет плана лечения новорожденных и недоношенных детей	ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4	2,3 этапы
Интерпретировать порядок оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, вызванных патологией в неонатальный период в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: коллапс, анафилактический шок.	ОПК-10.1; ОПК-10.2	2,3 этапы
Перечисляет порядок участия в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	ОПК-10.1; ОПК-10.2	2,3 этапы
Предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьёзные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских	ОПК-5.4	2,3 этапы

изделий, лечебного питания и (или) помощи пациентам перинатологического профиля		
Обосновать и планировать объём лабораторных и инструментальных исследований для обеспечения контроля качества проводимой терапии пациентам в неонатальном периоде в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	ОПК-4.4	2,3 этапы
Организует профилактические осмотры, а также иные мероприятия по профилактике и раннему выявлению патологии детей в неонатальном периоде	ОПК-8.1	2,3 этапы
Проводит профилактические осмотры детей с целью раннего выявления патологии в неонатальном периоде.	ОПК-8.2	2,3 этапы
Перечисляет критерии эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациентов в неонатальном периоде	ОПК-6.1; ОПК-6.2; ОПК-6.3	2,3 этапы
Формирует задания в соответствии с должностными обязанностями находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	УК-3.2; УК-5.1; УК-5.2	2,3 этапы
Демонстрирует навыки использования в своей работе информационных систем и информационной сети «Интернет»	ОПК-1.1	2,3 этапы
Перечисляет порядок организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	ОПК-10.1	2,3 этапы
<i>Навыки</i>		
Обобщает и анализирует результаты осмотра пациентов врачами-специалистами.	ОПК-4.2	2,3 этапы
Обосновывает план лечения или поставленный диагноз, апеллируя терминами, применяемыми в клинических рекомендациях, либо в стандартах оказания неонатологической помощи	ОПК-5.1	2,3 этапы
Организует работу в полиэтничном коллективе с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий	УК-4.1; УК-4.2	2,3 этапы
Проводит семинары по ведению здорового образа жизни, профилактике заболеваний неонатологического профиля.	ОПК-8.1; ОПК-8.2	2,3 этапы
Оценивает анатомо-функциональное состояние детей в неонатальном периоде	ОПК-4.2	2 этап
Проводит диспансерные наблюдения за пациентами с патологией в неонатальном периоде	ОПК-6.1	2 этап
Организовывает мероприятия медицинской реабилитации пациентов с патологией (или) заболеваниями неонатального профиля, в том числе при реализации индивидуальной	ОПК-6.2; ОПК-6.3	2,3 этапы

программы реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядком организации медицинской реабилитации.		
Проводит профилактику заболеваний в неонатальном периоде	ОПК-6.1	2 этап
Проводит современные методы лечения пациентов с аномалиями в неонатальном периоде	ОПК-5.2; ОПК-5.3	2 этап
Выявляет общие и специфические признаки заболеваний. Владеет современными методами диагностики и лечения пациентов с заболеваниями в неонатальном периоде. Назначать медицинские изделия и, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ОПК-4.4; ОПК-4.5	2 этап
Направляет пациентов на стационарное лечение в установленном порядке. Наблюдает за ходом лечения пациента. Разрабатывает оптимальную тактику лечения с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента	ОПК-4.3 ОПК-5.1	2 этап
Обосновывает и планирует объем инструментальных исследований у пациентов с патологией в неонатальном периоде в соответствии с действующими <u>порядками</u> оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ОПК-4.4	2 этап
Обосновывает порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «неонатология»	ОПК-10.1; ОПК-10.2	2 этап
Проводит анализ результатов визуализирующих и функциональных методов обследования пациентов с патологией в неонатальном периоде	ОПК-4.4	2 этап
Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с патологией в неонатальном периоде	ОПК-4.2	2 этап
Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с патологией в неонатальном периоде	ОПК-5.2	2,3 этапы
Оценивает эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациентов с	ОПК-5.3	2,3 этапы

патологией в неонатальном периоде		
Оценивает эффективность и безопасность мероприятий по профилактике заболеваний в периоде новорожденности	ОПК-8.2	2,3 этапы
Ставит задачи по выполнению врачебных назначений медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала	УК-3.2; ОПК-9.1	2,3 этапы
Составляет план и отчет о проделанной лечебной работе врача-неонатолога	ОПК-1.1	2,3 этапы
Разрабатывает план лечения по восстановлению и поддержанию функции, медикаментозными и немедикаментозными (аппаратные) методами, организационно-методическое руководство по выполнению контроля эффективности оказания медицинской помощи.	ОПК-5.1; ОПК-5.2; ОПК-5.3; ОПК-5.4	2,3 этапы
Использует медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»	ОПК-1.2	2,3 этапы

Шкалы оценивания Госэкзамена

Этап проведения госэкзамена	Шкала оценивания		Оценка
	Описание или % выполнения	Балл	
Демонстрация практических навыков	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) не изложен и не продемонстрирован на манекене,	2	Неудовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с нарушениями последовательности выполнения.	3	Удовлетворительно
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован с небольшими ошибками.	4	Хорошо
	алгоритм выполнения манипуляции (практического навыка) изложен и продемонстрирован правильно.	5	Отлично
Тестовый контроль	71 и более %	-	Зачтено
	71 и менее %	-	Незачтено
Собеседование по клиническим задачам	экзаменуемый не способен продемонстрировать знания теоретического материала, допускает существенные ошибки при изложении учебного материала, при ответе подменяет теоретическую аргументацию рассуждениями обыденно-бытового характера.	2	Неудовлетворительно
	экзаменуемый усвоил только базовую часть программного материала, при ответе допускает неточности, материал излагает не последовательно, затрудняется применить	3	Удовлетворительно

	теоретические знания при решении практической задачи, допускает ошибки, которые исправляет с помощью преподавателя.		
	экзаменующийся строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, однако допускает отдельные неточности и пробелы в знаниях, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	4	Хорошо
	теоретическое содержание специальных дисциплин экзаменующимся освоено полностью, строит ответ на уровне самостоятельного мышления, грамотно и логично излагает изученный материал, не затрудняется с ответом, делает обоснованные выводы и заключения, свободно применяет теоретические знания при решении практических задач.	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП

5.3.1. Типовые задания для оценивания уровня освоения практических (мануальных) навыков

№ п/п	Формулировка задания
1.	Выполнить на манекене новорожденного санацию верхних дыхательных путей
2.	Выполнить на манекене новорожденного прямую ла-рингоскопию и санацию трахеи
3.	Выполнить на манекене новорожденного интубацию трахеи
4.	Выполнить на манекене новорожденного искусствен-ную вентиляцию легких с помощью саморасправляющегося мешка и лицевой маски
5.	Выполнить на манекене новорожденного искусствен-ную вентиляцию легких с помощью саморасправляющегося мешка и эндотрахеальной трубки
6.	Выполнить на манекене новорожденного неинвазивный СРАР через назальные канюли
7.	Выполнить на манекене новорожденного аппаратную искусственную вентиляцию легких через эндотрахеальную трубку
8.	Выполнить на манекене новорожденного введение сур-фактанта эндотрахеально
9.	Выполнить на манекене новорожденного ингаляцию кислорода через назальные канюли
10.	Выполнить на манекене новорожденного ингаляцию кислорода через лицевую маску
11.	Выполнить на манекене новорожденного ингаляцию кислорода через кислородную палатку
12.	Выполнить на манекене новорожденного венепунк-цию
13.	Выполнить на манекене забор капиллярной крови на исследование
14.	Выполнить на манекене забор крови для проведения скрининга на наследственные болезни
15.	Выполнить на новорожденного манекене зондирова-ние желудка
16.	Выполнить на новорожденного манекене зондовое кормление дробное
17.	Выполнить на манекене новорожденного зондовое кормление непрерывное
18.	Выполнить на манекене новорожденного иммобилиза-цию при переломе бедра
19.	Выполнить на манекене новорожденного иммобилиза-цию при переломе ключицы
20.	Выполнить на манекене новорожденного иммобилиза-цию при подозрении на повреждение

	шейного отдела позвоночника
21.	Выполнить на манекене катетеризацию мочевого пузыря
22.	Выполнить на манекене новорожденного катетеризацию периферической вены
23.	Выполнить на манекене новорожденного катетеризацию пупочной вены
24.	Выполнить на манекене новорожденного постановку центральной венозной линии через периферическую вену
25.	Выполнить на манекене новорожденного люмбальную пункцию
26.	Выполнить на манекене новорожденного массаж сердца непрямой
27.	Выполнить на манекене новорожденного наложение давящей повязки при отслойке апоневроза
28.	Выполнить на манекене обработку кожи новорожденного
29.	Выполнить на манекене новорожденного наложение зажима на пуповинную культю
30.	Выполнить на манекене новорожденного обработку пупочной ранки
31.	Выполнить на манекене новорожденного операцию за-менного переливания крови
32.	Выполнить на манекене новорожденного операцию частичного заменного переливания крови
33.	Выполнить на манекене плевральную пункцию
34.	Выполнить на манекене новорожденного постановку орального воздуховода
35.	Выполнить на манекене новорожденного промывание желудка
36.	Выполнить на манекене новорожденного промывание кишечника
37.	Выполнить на манекене новорожденного согревание младенца с различной массой тела в родзале
38.	Выполнить на манекене новорожденного температур-ную поддержку в кувезе
39.	Выполнить на манекене новорожденного температур-ную поддержку в открытой реанимационной системе
40.	Выполнить на манекене новорожденного сеанс фото-терапии
41.	Выполнить на манекене новорожденного прикладыва-ние младенца к груди
42.	Выполнить на манекене новорожденного мониторинг ЧСС и SaO ₂
43.	Выполнить на манекене новорожденного измерение АД
44.	Выполнить на манекене новорожденного мониторинг температуры тела
45.	Выполнить на манекене новорожденного определение CO ₂ в выдыхаемом воздухе
46.	Выполнить на манекене новорожденного мониторинг ЭКГ
47.	Выполнить на манекене новорожденного иммобилизацию при парезе Эрба-Дюшена
48.	Выполнить на манекене новорожденного пеленание с разведением бедер
49.	Выполнить на манекене новорожденного определение транскутанного билирубинового индекса
50.	Выполнить на манекене новорожденного антропометрию

5.3.2. Типовые задания для оценивания уровня теоретической подготовки по программе ординатуры

<p>1. Какую массу имеет плацента при доношенной беременности:</p> <p>1)500 - 600 г 2)800 - 900 г 3)900 - 1000 г 4)1000 - 1100 г 5)1200 - 1300 г</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
<p>2. Количество околоплодных вод в конце физиологической беременности должно быть:</p> <p>1)500 - 800 мл</p>

<p>2)900 - 1200 мл 3)1300 - 1600 мл 4)1700 - 2000 мл 5)более 2000 мл Эталон ответа: 2</p>
<p>3.При выявлении у беременной многоводия следует думать: 1)о внутриутробной гипоксии или о крайней незрелости плода 2)о перенашивании или о внутриутробной пневмонии плода 3)о гемолитической болезни плода или о пороках развития ЖКТ и ЦНС плода 4)о врожденных пороках сердца или о персистенции урахуса плода 5)о гипоплазии легких или атрезии мочеточников у плода Эталон ответа: 3</p>
<p>4.Наиболее частой причиной смерти новорожденного ребенка при хронической трансплацентарной кровопотере является: 1)асфиксия 2)синдром аспирации 3)гиповолемический шок 4)тяжелые метаболические нарушения 5)декомпенсация сердечно-сосудистой системы Эталон ответа: 5</p>
<p>5. Увеличение содержания HbF в кровотоке матери наблюдается при: 1)фетоплацентарной недостаточности 2)хронической в/у гипоксии 3)острой гипоксии 4)фетоматеринской трансфузии 5)отслойке плаценты Эталон ответа: 4</p>
<p>6.Наиболее частой причиной перенашивания является: 1)острые инфекционные заболевания в период беременности 2)хронические экстрагенитальные заболевания 3)гинекологические заболевания 4)эндокринные нарушения в организме женщины 5)истмико-цервикальная недостаточность Эталон ответа: 4</p>
<p>7. Анемия у беременных чаще всего является: 1)железодефицитной 2)постгеморрагической 3)гемолитической 4)гипопластической 5)фолиеводефицитной Эталон ответа: 1</p>
<p>8. Какая доля общего объема крови, притекающей к плоду по пупочной вене, идет в нижнюю полую вену через араниев проток, минуя печень: 1)10% 2)20% 3)30% 4)50%</p>

5)70%
Эталон ответа: 2
9.Доля крови, выбрасываемая желудочками плода в легкие, составля-ет:
1)до 7%
2)до 10%
3)до 15%
4)до 20%
5)до 30%
Эталон ответа: 1
10.Укажите направление шунтирования крови через артериальный проток у плода:
1)лево-правое
2)право-левое
3)двухстороннее
4)шунтирование крови по этому протоку у плода отсутствует
Эталон ответа: 2
11. В условиях внутриутробной гипоксии при снижении сердечного выброса у плода максимальный уровень кровотока сохраняется в сосу-дах:
1)легких
2)почек
3)брыжейки
4)головного мозга
5)пуповины
Эталон ответа: 5
12. Самым достоверным методом ранней диагностики нарушений маточно-плацентарного кровотока являются:
1)аускультация сердцебиений плода
2)амниоскопия
3)кардиотокография
4)УЗ фетометрия
5)УЗ доплерометрия
Эталон ответа: 5
13.Кардиотокография (КТГ) - это:
1)непрерывная регистрация ЧСС плода
2)непрерывная регистрация сокращений матки
3)непрерывная одновременная регистрация сокращений матки и ЧСС плода
4)непрерывная регистрация внутриматочного давления
Эталон ответа: 3
14.Преждевременное старение плаценты устанавливается при обна-ружении 3-й степени зрелости на сроках:
1)до 36 нед
2)после 37 нед
3)до 38 нед
4)до 40 нед
5)только при перенашивании
Эталон ответа: 1
15.К какому классу иммуноглобулинов относятся АВ0-антитела:

<p>1)IgA 2)IgM 3)IgG 4)IgE Эталон ответа: 2</p>
<p>16.Изменение уровня α-фетопротеина в сыворотке крови беременной выявляется при: 1)сахарном диабете 2)гестозе 3)пороках ЦНС плода 4)Rh-конфликте 5)подозрении на внутриутробную инфекцию Эталон ответа: 3</p>
<p>17.Причинами анасарки плода при ГБН по Rh-фактору являются: 1)усиленный гемолиз эритроцитов 2)нарушение фетоплацентарного кровообращения 3)сердечно-сосудистые нарушения со стороны плода 4)гипопротеинемия плода Эталон ответа: 3</p>
<p>18. Какой из перечисленных препаратов ускоряет созревание легких плода: 1)партусистен 2)гинипрал 3)дексаметазон 4)изоптин 5)парлодел Эталон ответа: 3</p>
<p>19. К какому классу иммуноглобулинов относятся Rh-антитела: 1)IgA 2)IgM 3)IgG 4)IgE Эталон ответа: 3</p>
<p>20.Гестационный диабет может привести к развитию у плода 1)гипоплазии pancreas 2)гиперплазии pancreas 3)гиперплазии бета-клеток островков Лангерганса, при сохранной pancreas 4)гликогеноза 5)цирроза Эталон ответа: 3</p>
<p>21.Для монохориальной моноамниотической двойни характерно: 1)одна плацента, плоды одинакового пола 2)одна плацента, плоды разного пола 3)две плаценты, плоды одинакового пола 4)две плаценты, плоды разного пола Эталон ответа: 1</p>
<p>22.Для дихориальной диамниотической двойни характерно: 1)одна плацента, плоды одинакового пола</p>

<p>2)одна плацента, плоды разного пола. 3)плоды одинакового пола 4)две плаценты, плоды разного пола Эталон ответа: 4</p>
<p>23.Для фето-фетального трансфузионного синдрома характерно: 1)различия в массе нет, одинаковые количества околоплодных вод 2)различия в массе нет, различные количества околоплодных вод 3)различие в массе близнецов более 25%, различные количества околоплодных вод 4)наличие только плодов-доноров Эталон ответа: 3</p>
<p>24. С какой целью вводятся глюкокортикоиды при преждевременных родах: 1)снижения сократительной деятельности матки 2)стимуляции сократительной деятельности матки 3)предупреждения преждевременного излития околоплодных вод 4)профилактика дыхательной недостаточности новорожденного Эталон ответа: 4</p>
<p>25.Сроки гестации, соответствующие периоду бластогенеза: 1)с момента образования зиготы до 14 дня 2)с 15 дня по 75 день беременности 3)с 75 дня по 180 день беременности 4)с 180 дня до конца беременности Эталон ответа: 1</p>
<p>26.Сроки гестации, соответствующие периоду эмбриогенеза: 1)с момента образования зиготы до 14 дня 2)с 15 дня по 75 день беременности 3)с 75 дня по 180 день беременности 4)с 180 дня до конца беременности Эталон ответа: 2</p>
<p>27.Наиболее высокая степень риска развития интранатальной асфиксии встречается при: 1)преждевременных родах 2)запоздалых родах 3)срочных родах 4)родах в ягодичном предлежании 5)родах в ножном предлежании Эталон ответа: 2</p>
<p>28.Наиболее частое повреждение при наложении акушерских щипцов: 1)центральный парез лицевого нерва 2)периферический парез лицевого нерва 3)перелом плеча 4)травма шейного отдела позвоночника 5)псевдобульбарный паралич Эталон ответа: 2</p>
<p>29.Какая из перечисленной патологии пуповины наиболее опасна для плода в интранатальном периоде: 1)оболочечное прикрепление пуповины 2)обвитие пуповины вокруг шеи 3)короткая пуповина</p>

<p>4)длинная пуповина 5)недоразвитие одной пупочной артерии</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
<p>30.Когда следует пережать пуповину после рождения здорового до-ношенного ребенка:</p> <p>1)сразу после рождения 2)в течение первых 30 сек после рождения 3)после прекращения пульсации 4)после первого крика 5)после прекращения пульсации или через 1-3 минуты, но не поз-же чем через 10 минут после рождения</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
<p>31.Какой путь инфицирования плода чаще встречается в интранатальном периоде:</p> <p>1)гематогенный 2)восходящий 3)нисходящий 4)смешанный</p> <p>Эталон ответа: 2</p>
<p>32.В каких случаях низкая оценка по шкале Апгар может быть не связана с асфиксией:</p> <p>1)при запоздалых родах 2)при преждевременных родах 3)при наложении акушерских щипцов 4)при медикаментозной депрессии</p> <p>Эталон ответа: 4</p>
<p>33. Клиническим признаком острой тяжелой гипоксии плода является:</p> <p>1)стойкая брадикардия <100 в минуту 2)аритмия 3)глухость тонов сердца плода 4)сердцебиение плода 160-180 в минуту 5)сердцебиение плода 120-150 в минуту</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
<p>34.Средняя продолжительность 2-го периода родов для первородя-щей составляет:</p> <p>1)10-20 минут 2)20-30 минут 3)30-40 минут 4)40-50 минут 5)более 60 минут</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
<p>35.Шкала Сильвермана необходима для:</p> <p>1)определения зрелости новорожденного 2)определения тяжести асфиксии у новорожденного 3)определения степени тяжести дыхательной недостаточности не-доношенного ребенка 4)определения степени тяжести дыхательной недостаточности до-ношенного ребенка 5)определения степени тяжести нарушения кровообращения у но-ворожденного</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
<p>36.Шкала Даунса необходима:</p> <p>1)определения зрелости новорожденного 2)определения тяжести асфиксии у новорожденного</p>

<p>3)определения степени тяжести дыхательной недостаточности не-доношенного ребенка</p> <p>4)определения степени тяжести дыхательной недостаточности до-ношенного и/или переносенного ребенка</p> <p>5)определения степени тяжести неврологических нарушений у новорожденного</p> <p>Эталон ответа: 4</p>
<p>37.Плацентарная трансфузия крови к плоду в родах - фактор риска развития у младенца:</p> <p>1)гиперводемической полицитемии</p> <p>2)нормоводемической полицитемии</p> <p>3)гиперводемической олигоцитемии</p> <p>4)нормоводемической олигоцитемии</p> <p>5)гиповодемической олигоцитемии</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
<p>38.Какая из указанных оболочек имеет материнскую принадлежность:</p> <p>1)децидуальная</p> <p>2)хорионическая</p> <p>3)амниотическая</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
<p>39.У доношенных новорожденных детей в канальцах почек происходит полная реабсорбция:</p> <p>1)аминокислот</p> <p>2)низкомолекулярных белков</p> <p>3)глюкозы</p> <p>4)ионов натрия</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
<p>40.Протеинурия у новорожденных считается патологической при увеличении содержания белка в моче более:</p> <p>1)0,03 г/л</p> <p>2)0,33 г/л</p> <p>3)3,3 г/л</p> <p>4)33,3 г/л</p> <p>Эталон ответа: 2</p>
<p>41.У здоровых новорожденных допустимый уровень гематурии составляет менее:</p> <p>1)100 эритроцитов в 1 мл мочи</p> <p>2)1000 эритроцитов в 1 мл мочи</p> <p>3)4000 эритроцитов в 1 мл мочи</p> <p>4)10000 эритроцитов в 1 мл мочи</p> <p>Эталон ответа: 2</p>
<p>42.В периоде новорожденности из перечисленных заболеваний органов мочевой системы наиболее часто встречается:</p> <p>1)острая почечная недостаточность</p> <p>2)гипоксическая нефропатия</p> <p>3)инфекция органов мочевой системы</p> <p>4)метаболическая нефропатия</p> <p>5)врожденные пороки развития почек</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
<p>43.В клинической картине пиелонефрита у новорожденных доминируют:</p> <p>1)нарушения диуреза</p>

<p>2)симптомы интоксикации</p> <p>3)отеки</p> <p>4)эксикоз</p> <p>Эталон ответа: 2</p>
<p>43.Наиболее достоверными лабораторными критериями почечной не-достаточности у новорожденных детей являются:</p> <p>1)гиперкалиемия и метаболический ацидоз</p> <p>2)метаболический ацидоз и повышение уровня мочевины в сыво-ротке крови</p> <p>3)повышение уровней мочевины и калия в сыворотке крови</p> <p>4)повышение уровней мочевины и креатинина в сыворотке крови</p> <p>Эталон ответа: 4</p>
<p>45.При олигурии вследствие обструктивной уропатии новорожденно-му ребенку показано:</p> <p>1)введение мочегонных средств</p> <p>2)хирургическое лечение</p> <p>3)проведение гемодиализа</p> <p>4)инфузионная терапия</p> <p>Эталон ответа: 2</p>
<p>46.На фоне тяжелого состояния доношенного новорожденного ребенка скрытые отеки следует заподозрить при прогрессивной прибавке массы тела в сутки более:</p> <p>1)5 г</p> <p>2)10 г</p> <p>3)30 г</p> <p>4)500 г</p> <p>Эталон ответа: 3</p>
<p>47.Восходящий путь проникновения к плоду отмечается при внутри-утробном инфицировании:</p> <p>1)стрептококком группы В</p> <p>2)токсоплазмой</p> <p>3)листерией</p> <p>4)вирусом краснухи</p> <p>Эталон ответа: 1</p>
<p>48.Противопоказаниями к проведению экскреторной урографии у новорожденного являются:</p> <p>1)гипонатриемия</p> <p>2)азотемия</p> <p>3)олигурия</p> <p>4)отечный синдром</p> <p>5)возраст ребенка менее 14 дней</p> <p>Эталон ответа: 2,3,4,5</p>
<p>49.У новорожденных детей при врожденном нефротическом синдроме имеют место отеки, а в общем анализе мочи:</p> <p>1)протеинурия</p> <p>2)микрогематурия</p> <p>3)лейкоцитурия</p> <p>4)цилиндрурия</p> <p>5)кристаллурия</p> <p>6)бактериурия</p>

Эталон ответа: 1,2
50. У здоровых новорожденных допустимо небольшое содержание в моче цилиндров:
1) гиалиновых
2) зернистых
3) эпителиальных
4) восковидных
Эталон ответа: 1
51. Почасовой прирост билирубина более 3,4 мкмоль/л в час отмечается при желтухе у новорожденного:
1) физиологической
2) гемолитической
3) механической
4) печеночной
Эталон ответа: 2
52. Олигурия у новорожденных может быть следствием:
1. гиповолемического шока
2. перинатального гипоксического поражения ЦНС
3. гипоксического поражения почек
4. врожденной агенезии почек
5. катетеризации мочевого пузыря
Эталон ответа: 1,3,4
53. При развитии олигурии в результате гиповолемического шока необходимо:
1) введение диуретиков
2) хирургическое вмешательство
3) проведение гемодиализа
4) восполнение ОЦК и нормализация артериального давления
Эталон ответа: 4

5.3.3 Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач

№ п\п	Формулировка задания
1.	<p>ЗАДАЧА № 1. Консультативный прием неонатолога. <i>Оцените физическое развитие ребенка. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте режим и характер кормления, в том числе зондового питания и парентерального питания на первые сутки терапии. Составьте план обследования и лечения. Определите необходимость госпитализации.</i></p> <p>Мальчик, 1 месяц с лактазной недостаточностью. При рождении: m - 3200, рост - 52, окружность головы - 35. В настоящее время: m - 3430, рост - 54 см. Мочится 8-9 раз в сутки, стул 7-10 раз, жидкий.</p>
2.	<p>ЗАДАЧА № 2. Осмотр в приемном покое детской больницы. <i>Оцените физическое развитие ребенка. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте режим и характер кормления, в том числе зондового питания и парентерального питания на первые сутки терапии. Составьте план обследования и лечения. Определите необходимость госпитализации.</i></p> <p>Мальчик, 20 дней. Полная двухсторонняя расщелина верхней губы и твердого неба. К груди и соске не присасывается. Мать кормила ребенка только грудью. Роды в срок 38-39 недель. При рождении: рост - 49 см, масса - 2450 г; в настоящее время масса - 2070, рост 49 см.</p>

3.	<p>ЗАДАЧА № 3. Осмотр в ОПН. <i>Оцените физическое развитие ребенка. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте режим и характер кормления, в том числе зондового пита-ния и парентерального питания на первые сутки терапии. Составьте план обследования и лечения. Определите необходимость госпитали-зации.</i> Ребенку 12 дней. Девочка от I-х родов, преждевременных в 36 недель. При рождении масса тела - 2664 г, длина - 46 см, окружность головы -33 см. К груди приложена на 3-и сутки. Максимальная убыль массы тела - на 5-е сутки, масса составила - 2396 г. В настоящее время масса тела 2650.</p>
4.	<p>ЗАДАЧА № 4. Осмотр в приемном покое. <i>Оцените физическое развитие ребенка. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте режим и характер кормления, в том числе зондового пита-ния и парентерального питания на первые сутки терапии. Составьте план обследования и лечения. Определите необходимость госпитали-зации.</i> Девочка, 25 дней. У матери ребенка ожирение IV ст. Роды в срок 37-38 недель. При рождении у ребенка: рост - 53 см, масса - 4600, окруж-ность головы 36 см; в настоящий момент рост - 55 см, масса - 5800 г, окружность головы 38 см. Находилась на вскармливании смесью Ма-лютка, кормилась по требованию ребенка, за одно кормление высасывает 150-170 мл. Отмечается избыточное отложение подкожного жиро-вого слоя.</p>
5.	<p>ЗАДАЧА № 5. Осмотр на следующий день после выписки. <i>Оцените физическое развитие ребенка. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте режим и характер кормления, в том числе зондового пита-ния и парентерального питания на первые сутки терапии. Составьте план обследования и лечения. Определите необходимость госпитали-зации.</i> Беременность 43 недели. Мальчик. При рождении: масса - 3220, рост -53 см, окружность головы - 34 см. К груди приложен на 3-й день. Пу-повина отпала на 5-й день. Максимальная убыль массы тела на 5-й день, m - 3030. Выписан на 27-й день с массой - 3350.</p>
6.	<p>ЗАДАЧА № 6. Осмотр на 25-й день жизни в приемном покое детской больницы. <i>Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план обследо-вания и лечения. Определите необходимость госпитализации.</i> ЖАЛОБЫ МАТЕРИ: нет. ОБМЕННАЯ КАРТА: Мать, 24 года, домохозяйка, группа крови АВ, Ш1(+)-положительная. Беременность 38-39 недель. Роды 2-е, срочные. Тиреотоксикоз. Анемия беременной 1 -й степени. Общеравномерносуженный таз 1 степени. До-родовое излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой дея-тельности. Слабость потуг. Хориоамнионит. Хронический пиелоне-фрит в стадии ремиссии. Кандидозный кольпит. 1 период родов - 17 час 20 минут; 2 период - 60 минут. Безводный промежуток 23 часа. Девочка! При рождении: масса - 2900, рост - 50 см, окружность головы - 34 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложена на 3-й день. Пуповина отпала на 3-й день. БЦЖ сделано, вакцинация против гепатита В проведена, кровь на скрининг наследственных заболеваний взята. Аудиологический скрининг прошла. Диагноз: Врожденный везикулез. Получала в роддоме: бифидумбактерин. Выписана на 5-й день с массой - 3150. ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ. Когда появилась желтуха мать не знает, обратила на это внимание только после вопроса врача. У старшего ребенка тоже долго сохраня-лась желтуха на первом месяце жизни, не лечили, прошла сама. В се-мье (отец ребенка и старший брат ребенка) все здоровы. О здоровье других родственников ничего не знает. На цвет мочи и стула ребенка внимания не обращала. Данная беременность 3 -я, на учет в женской консультации встала в 22 недели; в 1 -й половине - без особенностей; генитальный кандидоз в 24 недели. 1 -я беременность - роды 2 года назад; 2-я медаборт - 1 год назад. Собиралась вызывать врача в связи с подъемом температуры в течение 2-х дней, давала ребенку панадол от температуры. ДАННЫЕ ОСМОТРА. Температура - 37,9. ЧСС - 184 в минуту; ЧД - 66 в минуту. Общее</p>

	<p>состояние тяжелое. Вялая. Плохо сосет грудь, норму высасывает медленно, срыгивает створоженным молоком. Пьет неохотно. Тепло удерживает. Крик средней силы, болезненный. Выражение лица недовольное. Позу не флексии принимает. Мышечный тонус равномерно снижен. Головка круглая, Б.Р. 1,5 x 1,5 см, на уровне костных краев спокоен, швы сомкнуты. Глаза открывает не охотно, патологических глазных симптомов не выявлено. Активные движения резко снижены, пассивные движения в полном объеме. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (\pm), сосательный (+), ладонно-ротовой Бабкина (\pm), хватательный (+), Робинзона (+), Моро (+), подошвенный (+), Бабинского (+), опоры (\pm), шаговый (\pm), ползания (\pm), Галанта (+), защитный (+). Стигмы дизэмбриогенеза: низкорасположенные ушные раковины, гипертелоризм сосков, сандалевидная щель.</p> <p>Кожа - желтуха 1-й степени с «грязным» оттенком, на лице и груди петехиальная сыпь. Подкожный жировой слой умеренно снижен. Пастозность мягких тканей на крестце, над лобком, на бедрах. Черты лица подведены. Тургор тканей снижен. На веках сухие корочки, отделяемого из глаз нет. Пупочная ранка эпителизирована, пальпируется тяж пупочной вены, на дне ранки - скудное геморрагическое отделяемое. Носовое дыхание свободно. Грудная клетка - цилиндрической формы. Над легкими перкуторно: легочной звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные ритмичные, чистые.</p> <p>Зев - спокоен, на языке элементы молочницы. Живот - мягкий, безболезненный, умеренно вздут. Печень +3 см из-под края реберной дуги, край округлый, плотная. Селезенка +1 см, эластичная. При осмотре ребенок помочился, моча интенсивно окрашивает пеленки. Стул желтый, кашицеобразный.</p>
7.	<p>ЗАДАЧА № 7. Осмотр в приемном покое детской больницы. <i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, решите вопрос о месте лечения, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>ЖАЛОБЫ МАТЕРИ: высокая температура, не сосет.</p> <p>АНАМНЕЗ. Выписан из роддома сегодня (7-е сутки) в удовлетворительном состоянии; матери 37 лет, не замужем. Мальчик от XII беременности; на учете в женской консультации не состояла. Роды IV, срочные в 39 недель, быстрые, раннее излитие околоплодных вод. Эпизиотомия. Кольпит. Урогенитальный хламидиоз. Гестационный пиелонефрит. Не обследована. Поступила в состоянии алкогольного опьянения.</p> <p>Длительность</p> <p>I периода - 340, II периода - 20 минут; безводный промежуток - 6 часов, воды светлые.</p> <p>Мать курит. HbsAg, RW, взятые в роддоме - отрицательны. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. При рождении масса тела - 2590 г, длина - 44 см, окружность головы - 32,5 см. К груди приложен на 2-е сутки. Пуповина отпала в день выписки. Максимальная убыль массы тела - на 4-е сутки, масса составила - 2420 г. БЦЖ сделано, вакцинация против гепатита В проведена, кровь на скрининг наследственных заболеваний взята, аудиологический тест проведен. На день выписки масса тела 2530. Выписан из роддома с диагнозом: СЗВУР, симметричная форма I ст.</p> <p>У бабушки ребенка гипертоническая болезнь, дедушка умер 10 лет назад, попал под машину в состоянии алкогольного опьянения. У матери ребенка Lues 7 лет назад, во время данной беременности профилактического лечения не получала. Выпивает, на учете у нарколога не состоит. Во время осмотра ребенка у матери выражен тремор, поведение агрессивное, запаха алкоголя не отмечается. Отец ребенка страдает алкоголизмом, болен туберкулезом, в браке не состоит, в настоящее время в тюрьме. Трое старших детей воспитываются в детском доме (мать лишена родительских прав), о состоянии здоровья детей сведений нет. После купания на 2100 ребенок не взял грудь, бабушка заметила, что ребенок горячий, измерили температуру - 38,70. Ребенка растерли столовым уксусом, укутали, дали парацетамол, температура не упала, вызвали скорую помощь.</p>

	<p>В контакте с инфекционными больными ребенок и члены семьи не были.</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА. Ребенку 6 суток 12 часов. t - 39,50; ЧСС - 176 в минуту; ЧД - 65 в минуту.</p> <p>Возбужден. Крик раздраженный. Поза экстензорная. Гипертонус мышц-разгибателей конечностей, головы и туловища. Гиперестезия выраженная, гиперактузия.</p> <p>Кратковременные вертикальный нистагм, подергивания мимической мускулатуры лица, «жует», навязчивые движения в левых конечностях; в конце приступа замирает в позе фехтовальщика, приступ сопровождается тотальным цианозом, остановкой дыхания. Глаза открывает неохотно. Головка круглой формы, Б.Р. 2 x 2 см, напряжен, черепные швы сомкнуты, кроме сагиттального - 0,3 см. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (-); сосательный (-); ладонно-ротовой рефлекс Бабкина (-); хватательный (+); Ро-бинзона (-); Моро (++++); подошвенный (+); Бабинского (++++); защитный (±); Галанта (-); Переза (±); ползания (-); шаговый (-); опоры (-).</p> <p>Кожа ярко-красная, горячая. Пупочная ранка не сомкнута, под геморрагической корочкой, при снятии корочки с остатками эмбриональной ткани, отделяемое серозно-геморрагическое. Пупочные сосуды не пальпируются.</p> <p>Носом сопит, чихает, отделяемого нет. Над легкими перкуторно - легочной звук, дыхание пуэрильное.</p> <p>Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца акцентуированы, чистые, тахикардия. Обильно срыгивает желудочным содержимым.</p> <p>Слизистая полости рта гиперемирована с обильным творожистым налетом, легко снимающимся. Живот несколько вздут, мягкий безболезненный. Печень + 1,5 см, мягкая с округлым краем. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, желтый с небольшим количеством слизи и пятном обводнения. При осмотре не мочился.</p>
8.	<p>ЗАДАЧА № 8. Осмотр в приемном покое.</p> <p><i>Сформулируйте предварительный диагноз на момент осмотра ребенка, решите вопрос о месте лечения, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>ОБМЕННАЯ КАРТА</p> <p>Мать, 17 лет, учащаяся, группа крови АВ (IV), Rh (+)-положительная. Беременность 40-41 неделя. Роды I -е, срочные. Анемия беременной I -й степени. Общеравномерносуженный таз I степени. Дородовое излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности.</p> <p>Слабость потуг. Хориоамнионит. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Трихомонадный кольпит. Родостимуляция. Бинт Вербова. I период родов - 9 час 20 минут; II период - 40 минут. Безводный промежуток 13 часов.</p> <p>Девочка! При рождении: масса - 3184, рост - 50 см, окружность головы - 34 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложена на 3-й день. Пуповина отпала на 3-й день. Максимальная убыль массы тела на 5-й день, m - 3030. БЦЖ сделано, вакцинация против гепатита В проведена, кровь на скрининг наследственных заболеваний взята. Диагноз: врожденный везикулез. Получала в роддоме: бифидумбактерин. Выписана на 12-й день с массой - 3150.</p> <p>ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ Данная беременность II -я, на учет в женской консультации встала в 26 недель; в I -й половине - без особенностей; генитальный кандидоз в 34 недели. I -я беременность – прерывание беременности по социальным показаниям в сроке 25 недель.</p> <p>Собиралась вызывать врача, так как ребенок стал плохо сосать грудь.</p> <p>Курит. Считает себя здоровой. У бабушки ребенка остеохондроз, у сестры ребенок (мальчик) умер в пятимесячном возрасте во сне. Проживает в общежитии. Мужу 23 года, шофер, брак не зарегистрирован. Отец ребенка болен туберкулезом, БК -.</p> <p>Педиатром после выписки из роддома ребенок не осматривался, т.к. проживала по другому адресу.</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА В 25 ДНЕЙ</p>

	<p>Температура - 38,7^о. ЧСС - 176 в минуту; ЧД - 62 в минуту. Общее состояние тяжелое. Вялая. Стонет. Вчера перестала брать грудь. Пьет неохотно. Горячая, однако стопы и кисти холодные. Выражение лица страдальческое. Выражена гиперестезия. Спонтанные вздрагивания. Поза разгибательная. Напряжение мышц-разгибателей головы, шеи, туловища и конечностей. Головка круглая, б.р. 3 x 3 см, ниже уровня костных краев, напряжен. Глаз не открывает. Активные движения снижены, пассивные движения в полном объеме. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (±), сосательный (±), ладонно-ротовой Бабкина (-), хватательный (-), Робинзона (-), Моро (++++), по-дошвенный (+), Бабинского (++++), опоры (-), шаговый (-), ползания (-), Галанта (-), защитный (±). Стигмы дизэмбриогенеза: короткая уздечка языка, телекант, искривление носовой перегородки вправо. Кожа – землисто-серая, сухая. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Пупочная ранка эпителизирована. Носом сопит, в носу сухие корочки. Над легкими перкуторно: легочной звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные ритмичные, чистые. Живот - мягкий, безболезненный, несколько вздут. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край округлый, эластичный. Селезенка не пальпируется. При осмотре ребенок помочился, моча пеленки не окрашивает. Стула не было.</p>
9.	<p>ЗАДАЧА № 9. Осмотр в ОПН <i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения.</i> АНАМНЕЗ Мать, 24 года, воспитатель, группа крови А (II), Rh (+)-положительная. Беременность 41-42 недели. Роды II -е, срочные. Анемия беременной I -й степени. Первичная слабость родовой деятельности, родостимуляция. Дородовое излитие околоплодных вод. Гестационный пиелонефрит в стадии ремиссии. Острая внутриутробная гипоксия плода. Вакуум-экстракция. I период – 840; II период - 20 минут. Безводный промежуток 6 часов. Девочка! При рождении: масса - 3425, рост - 52 см, окружность головы – 34,5 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. К груди приложена на 3-й день. Пуповина отпала на 3-й день. Максимальная убыль массы тела на 5-й день, m - 3120. БЦЖ сделано, вакцинация против гепатита В проведена, кровь на скрининг наследственных заболеваний взята. Аудиологический скрининг прошла. Выписана из роддома на 9-й день под расписку с массой - 3370. Диагноз: Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, средней тяжести, синдром угнетения ЦНС. Получала в роддоме: иммобилизацию в воротнике Шанца, дицинон. ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ Данная беременность III –я (I – роды 2 года назад, II – медаборт), на учет в женской консультации встала в 18 недель; в I -й половине - без особенностей; урогенитальный хламидиоз в 34 недели, пролечена. Считает себя здоровой. У бабушки ребенка остеохондроз, остальные родственники здоровы. ДАННЫЕ ОСМОТРА В 14 ДНЕЙ Температура - 36,3^о. ЧСС - 126 в минуту; ЧД - 42 в минуту. Самочувствие удовлетворительное. Грудь не сосет, соску «жуёт». Кор-мится из ложки. Выражение лица недовольное, черты асимметричные. Крик громкий. Поза флексорная. Активные и пассивные движения в полном объеме. Мышечный тонус удовлетворительный. Головка круг-лая, Б.Р. 3 x 3 см, на уровне костных краев, спокоен. Глаза открывает, правая глазная щель шире левой, при попытке закрыть глаза правое глазное яблоко уплывает вверх. Сглаженность правой носогубной складки. Положителен симптом «ракетки». Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый слева (+) и справа (-), сосательный (+), ла-донно-ротовой</p>

	<p>Бабкина (++) , хватательный (++) , Робинзона (++) , Моро (++) , подошвенный (+) , Бабинского (+) , опоры (+) , шаговый (+) , полза-ния (+) , Галанта (+) , защитный (+) . Стигмы дизэмбриогенеза: телекант, искривление носовой перегородки вправо, сандалевидная щель. Кожа – розовая, чистая. Подкожный жировой слой развит избыточно. Пупочная ранка эпителизирована. Носом сопит, в носу сухие корочки. Над легкими перкуторно: легочной звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные ритмичные, чистые. Живот - мягкий, безболезненный, несколько вздут. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край округлый, эластичный. Селезенка не пальпируется. При осмотре ребенок помочился, моча пеленки не окрашивает. Стула не было.</p>
10.	<p>ЗАДАЧА № 10. Дежурство по стационару. <i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>Поступил вызов от дежурной медсестры в ОПН. ЖАЛОБЫ МАТЕРИ: ребенок беспокоится, не спит, плохо сосет. АНАМНЕЗ: Ребенку 12 дней. Девочка от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 10-12 недель, нефропатией I степени на фоне гипертонической болезни. Роды I, преждевременные в 36 недель, быстрые, раннее излитие околоплодных вод. Эпизиотомия. Кандидозный кольпит. Длительность I периода - 340, II периода – 20 минут; безвод-ный промежуток – 6 часов, воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. При рождении масса тела – 2664 г, длина – 46 см, окружность головы – 33 см. К груди приложена на 3-и сутки. Пуповина отпала на 5-е. Максимальная убыль массы тела – на 7-е сутки, масса составила – 2396 г. Вакцинация против гепатита В и БЦЖ выполнены. Скрининг на наследственные заболевания и аудиологический выполнены. В роддоме состояние было средней тяжести. Получала лечение: кислород 40% в палатку, в/в капельно: 10% глюкоза; в/м: пираретам, викасол; фототерапию – 3 дня. На 7-е сутки жизни переведена в ОПН с диагнозом: Неонатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия, синдром угнетения ЦНС. Недоношенность. Конъюгационная желтуха недоношенного II ст. Гнойный конъюнктивит. В ОПН состояние расценивалось как средней тяжести за счет недоношенности, неврологической симптоматики и наличия у ребенка острого гнойного конъюнктивита. Получала инфузионную терапию, в/м ампициллин, пираретам; местно 20% альбуцид в глаза, обработку пупочной ранки, тонизирующий массаж, электрофорез по Ратнеру с эуфиллином и витамином В12. В связи с гипогалактией у матери назначен докорм смесью Пренан по 60 мл 7 раз. Отмечена положительная динамика: ушел желтушный синдром, стала активнее, исчезли проявления конъюнктивита, прибавила в массе (на вчерашний день масса тела составила – 2593 г). Об-следование: анализ крови на 8-е сутки – эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; Hb 154 г/л; L $8,4 \times 10^9/л$; tr. $289 \times 10^9/л$; эоз. 1; п/я 3; с/я 37; лим. 57; мон. 2; анализ мочи на 10-е сутки – сол.-желтая, прозрачная, уд.вес 1012, белок 0,033‰, сахар – не обнаружен, эпителий 2-3 п/зр., лейкоциты 3-4 п/зр., ураты – единичные, дрожжевые грибы –един.; сывороточный билирубин на 8-е сутки общий 114 ммоль/л, прямой 19 ммоль/л; сывороточный белок на 10-е сутки 64 г/л; мазок отделяемого из глаза – лейкоциты 10-12 п/зр., флоры не обнаружено, слизь; посев содержимого из глаза – роста нет; кал на кишечную группу – отр.; осмотр окулиста на 11-е сутки: без патологии. ДАННЫЕ ОСМОТРА: to – 37,10; ЧСС – 146 в минуту; ЧД – 42 в минуту; m - 2570. Общее состояние средней тяжести. Беспокойна. Жадно хватает сосок, пытается сосать, бросает грудь, плачет. Крик раздраженный, выраже-ние лица недовольное. Поза флексии. Кисти рук сжаты в кулачки. Активные и пассивные движения в полном объеме. Головка круглой формы. Б.Р. 1 x 1 см, спокоен, нахождение костей черепа друг на друга по стреловидному и ламбдовидному швам. Глаза открывает, отмечается</p>

	<p>непостоянный горизонтальный нистагм, непостоянный симптом Грефе.</p> <p>Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (++)); сосательный (++)); ладонно-ротовой рефлекс Бабкина (++)); хватательный (++)); Робинзона (++)); Моро (++)); подошвенный (++)); Бабинского (++)); защитный (++)); Галанта (++)); Переза (++)); ползания (++)); шаговый (++)); опоры (++)).</p> <p>Кожа – бледно-розовая, гиперемирована в области передне-внутренней поверхности бедер, ягодиц, в паховых, бедренных, подмышечных и шейных кожных складках, здесь же эрозии с мокнутием, участки мокнутия окружены фестончатым краем отслоившегося эпидермиса. На ягодицах, вокруг ануса выраженная инфильтрация тканей кожи, сливающиеся множественные папулезные элементы с фестончатыми «подрытыми» краями. На ягодицах, бедрах, волосистой части головы следы от инъекций. Пупочная ранка сомкнута, скудное слизисто-серозное отделяемое, пупочные сосуды не пальпируются. Грудная клетка – цилиндрической формы, втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании не отмечено. Перкуторно – легочной звук, при аускультации – дыхание пуэрильное. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца чистые, звучные, ритмичные. Зев спокоен, на слизистой языка, щек, губ белые творожистые налеты. Живот – мягкий, безболезненный; печень + 2 см, мягкая; селезенка не пальпируется. Стул не осмотрен; со слов – 2 раза в сутки. Слизистая малых половых губ и вульвы гиперемирована, с обильными легко снимающимися белыми налетами. Моча пеленки не окрашивает.</p>
11.	<p>ЗАДАЧА № 11. Дежурство по стационару.</p> <p><i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>Поступил вызов от дежурной медсестры в ОПН.</p> <p>ЖАЛОБЫ: ребенок стонет, беспокоится, не сосет грудь.</p> <p>АНАМНЕЗ: Ребенку 12 дней. Мальчик от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 15-16 недель, нефропатией I степени на фоне гипертонической болезни. Роды I, преждевременные в 36 недель, быстрые, раннее излитие околоплодных вод. Эпизиотомия. Кандидозный кольпит. Длительность I периода - 4ч, II периода – 20 минут; безводный промежуток – 6 часов, воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. При рождении масса тела – 2764 г, длина – 47 см, окружность головы – 33 см. К груди приложен на 3-и сутки. Пуповина отпала на 5-е. Максимальная убыль массы тела – на 7-е сутки, масса составила – 2296 г. Не привит. Скрининг на наследственные заболевания и аудиологический выполнены. В роддоме состояние было средней тяжести. Получал лечение: оксигенотерапию, инфузионную терапию глюкозой 10%; в/м: этамзлат, викасол; фототерапию – 3 дня.</p> <p>На 7-е сутки жизни переведен в детское отделение с диагнозом: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма: мелена. Недоношенность.</p> <p>Конъюгационная желтуха недоношенного II ст. Эксикоз.</p> <p>В ОПН состояние расценивалось как средней тяжести за счет недоношенности, неврологической симптоматики и наличия у ребенка левостороннего гнойного конъюнктивита. Получал инфузионную терапию, в/м ампициллин, пирацетам; местно 20% альбucid в глаза, обработку пупочной ранки. Отмечена положительная динамика: ушел желтушный синдром, стал активнее, исчезли проявления конъюнктивита, прибавил в массе (на вчерашний день масса тела составила – 2593 г).</p> <p>Анализ крови на 8-е сутки – эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; Hb 154 г/л; L $12,4 \times 10^9/л$; tr. $289 \times 10^9/л$; эоз. 2; п/я 6; с/я 63; лим. 27; мон. 2; анализ мочи на 10-е сутки – без особенностей; сывороточный билирубин на 8-е сутки общий 124 ммоль/л, прямой 22 ммоль/л; сывороточный белок на 10-е сутки 64 г/л; мазок отделяемого из глаза – материала нет; посев содер-жимого из глаза – роста нет; кал на кишечную группу – отр.</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА: t_0 – 37,3₀; ЧСС – 146 в минуту; ЧД – 42 в минуту; m - 2520.</p> <p>Общее состояние тяжелое. Стонет. Позу флексии не принимает. Кисти рук в кулачки</p>

	<p>не сжимает, флексия пальцев. Левую ножку к туловищу не приводит. Объем активных движений снижен, пассивные в полном объеме. Головка круглой формы. Б.Р. 1 x 1 см, спокоен, нахождение костей черепа друг на друга по стреловидному и ламбдовидному швам. Глаза открывает неохотно, отмечается непостоянный горизонтальный нистагм, непостоянный симптом Грефе. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (+); сосательный (+); ладонно-ротовой ре-флекс Бабкина (+); хватательный (+); Робинзона (+); Моро (+); подош-венный (+); Бабинского (+); защитный (+); Галанта (+); Переза (+); пол-зания (+-); шаговый (-); опоры слева (-), справа (+). Кожа – бледно-розовая, гиперемирована в области передне-наружной поверхности левого бедра, здесь же отек. Мраморный рисунок больше выражен на ножках. Выражена пастозность мягких тканей в области крестца, над лобком. На ягодицах эрозии, гиперемия, мокнутие. На ягодицах, бедрах, волосистой части головы следы от инъекций. На передней поверхности левого бедра пальпируется плотное округлое образование 1,5 x 0,7 см, болезненное при пальпации, в центре флюктуация. Пупочная ранка сомкнута, скудное слизисто-серозное отделяемое, пупочные сосуды не пальпируются.</p> <p>Грудная клетка – цилиндрической формы, втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании не отмечено. Перкуторно – легочной звук, при аускультации – дыхание пуэрильное. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца чистые, звучные, ритмичные. Живот – мягкий, безболезненный; печень + 2 см, мягкая; селезенка не пальпируется. Стула при осмотре нет; со слов – 2 раза в сутки, желтый кашицеобразный с небольшим количеством слизи. Моча пеленки не окрашивает.</p>
12.	<p>ЗАДАЧА № 12. Осмотр в роддоме в 7 дней.</p> <p><i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>ЖАЛОБЫ МАТЕРИ: ребенок стал плохо сосать грудь.</p> <p>АНАМНЕЗ Мать, 32 года, уборщица, группа крови А (II), Rh (+) - положительная. Беременность 40 недель. Роды II -е, срочные. Пролапс митрального клапана, регургитация над створками I – й степени. Преждевременное излитие околоплодных вод. Вторичная слабость родовой деятельности. Гестационный сахарный диабет. Родостимуляция. Операция кесарево сечение.</p> <p>Девочка! При рождении: масса - 3020, рост - 50 см, окружность головы - 34 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложена на 2-й день. Пуповина отпала на 4-й день. Максимальная убыль массы тела на 5-й день, m - 2730. Не привит (отказ матери). Скрининг на наследственные заболевания и аудиологический выполнены.</p> <p>Диагноз: Незрелость 36 недель; Конъюгационная желтуха незрелого ребенка II степени. Бессимптомная гипогликемия.</p> <p>Получала в роддоме: инфузионную терапию 10% глюкозой, фототерапию.</p> <p>ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ</p> <p>В семье (отец ребенка и старший брат ребенка) все здоровы. О здоровье других родственников ничего не знает.</p> <p>Данная беременность II -я, на учет в женской консультации встала в 12 недель; в I -й половине - без особенностей; кандидозный кольпит в 24-27 недель, гестационный сахарный диабет с 34 недель; пролапс митрального клапана с 37 недель. I -я беременность - роды 2 года назад.</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА</p> <p>Температура - 36,3с. ЧСС - 136 в минуту; ЧД - 36 в минуту. масса - 2950</p> <p>Общее состояние тяжелое. Вялая. Медленно сосет грудь, ночной перерыв выдерживает. Пьет неохотно. Тепло удерживает, однако, стопы и кисти холодные. Крик не громкий. Выражение лица недовольное. Диффузная мышечная гипотония. Длительный крупноразмашистый тремор подбородка и конечностей. Головка круглая, Б.Р. 2 x 2 см, ниже уровня костных краев, напряжен. Кости черепа податливы. Глаза</p>

	<p>открывает, кратковременный горизонтальный и вертикальный нистагм, непостоянный симптом Грефе. Активные движения снижены, пассивные движения в полном объеме. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (\pm), сосательный (\pm), ладонно-ротовой Бабкина (-), хватательный (\pm), Робинзона (-), Моро (++++), подошвенный (\pm), Ба-бинского (+++), опоры (-), шаговый (-), ползания (-), Галанта (\pm), защитный (+). При осмотре двигательное беспокойство, затем «застывает» в разгибательной позе, отмечается задержка дыхания и общий цианоз.</p> <p>Стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, маленький рот, сандалевидная щель.</p> <p>Кожа чистая, субиктеричность на ярко-розовом фоне. Подкожный жировой слой несколько снижен. Пупочная ранка эпителизирована.</p> <p>Носовое дыхание свободно. Над легкими перкуторно: легочной звук. Дыхание пуэрильное.</p> <p>Тоны сердца звучные ритмичные, чистые.</p> <p>Живот - мягкий, безболезненный, несколько вздут. Печень +2,5 см из-под края реберной дуги, край округлый, эластичный. Селезенка не пальпируется.</p> <p>При осмотре ребенок помочился, моча пеленки не окрашивает. Стула не было.</p>
13.	<p>ЗАДАЧА № 13. Осмотр в роддоме в 7 дней.</p> <p><i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>ЖАЛОБЫ: ребенок не поворачивает головку.</p> <p>АНАМНЕЗ. Матери 19 лет, не замужем. Мальчик от II беременности; на учете в женской консультации мать не состояла. Роды I, срочные в 39 недель, затяжной потужной период, раннее излитие околоплодных вод. Асинклитизм. Эпизиотомия. Кольпит. Урогенитальный хламидиоз. Мать носитель HBsAg. Не обследована.</p> <p>Длительность I периода – 13 ч 40 мин, II периода – 50 минут; безводный промежуток – 6 часов, воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. При рождении масса тела – 2540 г, длина – 51 см, окружность головы – 33,5 см. К груди приложен на 2-е сутки. Пуповина отпала сегодня. Максимальная убыль массы тела – на 4-е сутки, масса составила – 2420 г. Вакцинация против гепатита В и БЦЖ выполнены. Скрининг на наследственные заболевания и аудиологический выполнены. В роддоме получал: иммобилизация в воротнике Шанца, в/м пираретам – 3 дня, викасол – однократно.</p> <p>У бабушки ребенка гипертоническая болезнь, у дедушки сахарный диабет. У матери ребенка амброзийный поллиноз. Отец ребенка, 24 года, наркоман, в браке не состоит. Мать обратила внимание на то, что ребенок постоянно поворачивает голову влево.</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА.</p> <p>t – 36,5; ЧСС – 136 в минуту; ЧД – 46 в минуту. Масса тела 2530.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Грудь сосет активно, удерживает. Крик громкий, эмоциональный. Поза в положении на спине: головку приводит к левому плечу, конечности согнуты, приведены к туловищу, кисти рук в кулачки сжимает.</p> <p>При выкладывании на живот: голову не поднимает, поворачивает ее в левую сторону.</p> <p>При усаживании, в положении на весу и вертикальном положении – голову поворачивает влево. Тонус мышц сгибателей, разгибателей, приводящих и отводящих мышц конечностей, разгибателей головы и шеи - удовлетвори-тельный.</p> <p>Отмечается снижение тонуса в правой грудино-ключично-сосцевидной мышце, слева – тонус удовлетворительный. Кратковременный горизонтальный нистагм при повороте головы. Головка круглой формы, Б.Р. 2 x 2 см, спокоен, черепные швы сомкнуты, кроме сагиттального – 0,3 см. Кости черепа податливы. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (++) ; сосательный (++) ; ладонно-ротовой рефлекс Бабкина (+); хватательный слева (+), справа (\pm); Ро-бинзона слева (+), справа (\pm); Моро (+); подошвенный (+); Бабинского (+); защитный (\pm); Галанта (+); Переза (+); ползания (+); шаговый (+); опоры (+).</p> <p>Кожа ярко-розовая, чистая. Пупочная ранка не сомкнута, под геморрагической корочкой, при снятии корочки с остатками эмбриональной ткани, отделяемое серозно-геморрагическое. Пупочные сосуды не пальпируются.</p>

	<p>Носом сопит, отделяемого нет. Над легкими перкуторно – легочной звук, дыхание пуэрильное.</p> <p>Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца акцентированы, чистые, тахикардия.</p> <p>Живот несколько вздут, мягкий безболезненный. Печень + 1,5 см, мягкая с округлым краем. Селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный, с небольшим количеством слизи и пятном обводнения. При осмотре не мочился.</p>
14.	<p>ЗАДАЧА № 14. Осмотр в роддоме в 7 дней.</p> <p><i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения.</i></p> <p>ЖАЛОБЫ МАТЕРИ: ребенок стал плохо сосать грудь.</p> <p>АНАМНЕЗ Мать, 24 года, домохозяйка, группа крови АВ (IV), Rh (+)-положительная. Беременность 38-39 недель. Роды 2-е, срочные. Тиреотоксикоз. Анемия беременной I-й степени. Общеравномерносуженный таз I степени. Дородовое излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Слабость потуг. Хориоамнионит. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Трихомонадный кольпит. Родостимуляция. Бинт Вербова. 1 период родов - 17 час 20 минут; 2 период - 60 минут. Безводный промежуток 23 часа.</p> <p>Девочка! При рождении: масса - 2900, рост - 50 см, окружность головы - 34 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. К груди приложена в родзале. Пуповина отпала на 3-й день. Максимальная убыль массы тела на 5-й день, m - 2630. Вакцинация против гепатита В и БЦЖ выполнены. Скрининг на наследственные заболевания и аудиологический выполнен. На 2-е сутки жизни появилась субиктеричность. Желтуха выросла за ночь Уровень билирубина на 6-е сутки жизни 117 мкмоль/л.</p> <p>ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ У старшего ребенка долго сохранялась желтуха на первом месяце жизни, не лечили, прошла сама. В семье (отец ребенка и старший брат ребенка) все здоровы. О здоровье других родственников ничего не знает. На цвет мочи и стула ребенка внимания не обращала.</p> <p>Данная беременность 3-я, на учет в женской консультации встала в 22 недели; в 1-й половине - без особенностей; генитальный кандидоз в 24 недели. 1-я беременность - роды 2 года назад; 2-я медаборт - 1 год назад.</p> <p>В связи с обострением пиелонефрита и наличием трихомонадного кольпита мать получает лечение (трихопол, фурадонин, аспирин).</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА Температура - 36,3. ЧСС - 136 в минуту; ЧД - 36 в минуту. Масса - 3150. ТБИ на груди 298.</p> <p>Общее состояние тяжелое. Вялая. Медленно сосет грудь, ночной пере-рыв выдерживает. Пьет неохотно. Тепло удерживает, однако стопы и кисти холодные. Крик не громкий. Выражение лица недовольное. Мышечный тонус равномерно снижен. Головка круглая, Б.Р. 2 x 2 см, на уровне костных краев спокоен. Глаза открывает, патологических глаз-ных симптомов не выявлено. Активные движения снижены, пассивные движения в полном объеме. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (±), сосательный (+), ладонно-ротовой Бабкина (±), хватательный (±), Робинзона (±), Моро (±), подошвенный (+), Бабинского (+), опоры (±), шаговый (±), ползания (±), Галанта (+), защитный (+).</p> <p>Стигмы дизэмбриогенеза: короткая уздечка языка, телекант, искривление носовой перегородки вправо.</p> <p>Кожа чистая, желтуха 2-й степени с лимонным оттенком. Подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Пупочная ранка эпителизирована.</p> <p>Носовое дыхание свободно. Над легкими перкуторно: легочной звук. Дыхание пуэрильное.</p> <p>Тоны сердца звучные ритмичные, чистые.</p> <p>Живот - мягкий, безболезненный, несколько вздут. Печень +3 см из-под края реберной дуги, край округлый, эластичный. Селезенка + 1,5 см из-под края реберной дуги, эластичная.</p>

	При осмотре ребенок помочился, моча пеленки не окрашивает. Стула не было.
15.	<p>ЗАДАЧА № 15. Осмотр в роддоме на 2-е сутки жизни. <i>Сформулируйте диагноз на момент осмотра ребенка, составьте план обследования и лечения</i></p> <p>АНАМНЕЗ Мать, 27 лет, учитель, группа крови А (II), Rh (+)-положительная. Беременность 41-42 недели. Роды II -е, срочные. Анемия беременной I -й степени. Поперечносуженный таз. Дородовое излитие околоплодных вод. Поступила в потугах. Гестационный пиелонефрит в стадии ремиссии. Кандидозный кольпит. Хориоамнионит. Родостимуляция. Затяжной потужной период. Бинт Вербова. Дистоция плечиков. II период - 60 минут. Безводный промежуток 13 часов. Девочка! При рождении: масса - 4184, рост - 53 см, окружность головы – 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов, ИВЛ с помощью лицевой маски и саморасправляющегося мешка. Вакцинация против гепатита В противопоказана.</p> <p>ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ Данная беременность III –я (I – роды 2 года назад, II – медаборт), на учет в женской консультации встала в 10 недель; в I -й половине - без особенностей; генитальный кандидоз с 36 недель. У бабушки ребенка остеохондроз, остальные родственники здоровы.</p> <p>ДАННЫЕ ОСМОТРА В 14 ДНЕЙ (1-й патронаж) Температура - 36,7о. ЧСС - 136 в минуту; ЧД - 42 в минуту. Масса - 3970. Самочувствие удовлетворительное. К груди не приложена, кормление из бутылочки смесью Нан-1 по 10 мл через 3 час, сосет вяло. Выражение лица эмоциональное. Крик средней силы, недовольный. Поза вынужденная: правая ручка ротирована кнутри, в плечевом суставе активные движения отсутствуют, пассивные ограничены. В остальных суставах конечностей активные и пассивные движения в полном объеме. Напряжение мышц-разгибателей головы, шеи, справа повышение тонуса в мышцах ягодицы, ноге; в правой руке мышечная гипотония во всех группах мышц. Болезненность при пальпации шеи. Положителен симптом короткой шеи. Положительны симптомы: Коллонтай и Нови-ка справа. Головка круглая, Б.Р. 3 x 3 см, на уровне костных краев, спо-коен. Глаза открывает, грубых глазодвигательных расстройств не выявлено. Физиологические рефлексы новорожденных: поисковый (+), сосательный (+), ладонно-ротовой Бабкина (+), хватательный (+), Ро-бинзона (+), Моро справа (-) и слева (+++), подошвенный (+), Бабин-ского (+), опоры (+), шаговый (+), ползания (+), Галанта (+), защитный (+). Стигмы дизэмбриогенеза: телекант, искривление носовой перегородки вправо, сандалевидная щель. Кожа – субиктеричная на розовом фоне, чистая. Подкожный жировой слой развит избыточно. Пуповина в зажиме, сочная. Носом сопит, в носу сухие корочки. Грудная клетка колоколообразной формы, больше выражена справа. При крике втяжение по Гаррисоновой борозде, мечевидного отростка. Над легкими перкуторно: легочной звук. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца звучные ритмичные, чистые. Живот - мягкий, безболезненный, несколько вздут. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край округлый, эластичный. Селезенка не пальпируется. При осмотре ребенок помочился, моча пеленки не окрашивает. Стула не было.</p>
16.	<p>Задача № 16</p> <p>Мальчик А., 1-е сутки жизни, от первой беременности, протекавшей с обострениями хронического пиелонефрита в третьем триместре, первых срочных родов на сроке 38 недель. Длительность безводного периода – 16 часов, околоплодные воды мутные, с запахом. Масса при рождении - 3100 г, рост – 50 см. АРГАР 5/7 баллов. Состояние после рождения тяжёлое за счёт выраженных симптомов угнетения ЦНС и дыхательной недостаточности. Рефлексы новорождённого угнетены, выраженная мышечная гипотония. После оказания реанимационных мероприятий ребёнок переведён в отделение реанимации на спонтанном дыхании, дополнительно оксигенировался через назальные канюли.</p>

	<p>Через 2 часа отмечена отрицательная динамика: повышение температуры тела до 38,8°C, кожные покровы с серым колоритом, акроцианоз, мраморность. В неврологическом статусе – выраженная симптоматика угнетения. ЧДД до 70 в минуту. Дыхание ослаблено, крепитирующие хрипы. АД – 39/25 мм рт.ст. ЧСС – 180 в мин, тоны приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень +2,5 см, селезёнка +1 см. Диурез 0,7 мл/кг/ч.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> RBC – $4,0 \times 10^{12}/л$, HGB – 158 г/л, HCT – 48%, MCV – 118,8 fl, MNC – 39,2 pg, MCHC – 332 г/л, WBC – $31,0 \times 10^9/л$, PLT - $118 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 9%, сегментоядерные – 69%, лимфоциты – 12%, моноциты – 9%.</p> <p><i>KOC капиллярной крови:</i> pH – 7,25, BE – - 9,3, pCO₂– 58 мм рт. ст., pO₂– 37 мм рт. ст., Glu – 14,4 ммоль/л, Lac – 5,4 ммоль/л.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Охарактеризуйте изменения в представленных анализах? 3. Сформулируйте и обоснуйте план дополнительного обследования. 4. Составьте алгоритм дифференциальной диагностики. 5. Назначьте лечение больному.
17.	<p>Задача № 17</p> <p>Девочка, от 2 родов, 3 беременности. Матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Вторая беременность закончилась родами в срок. Ребенок здоров.</p> <p>Настоящая беременность третья, протекала с токсикозом в 1 триместре, в 3 триместре отмечался рост титра резусных антител до титра 1:64. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период – 6 часов 30 минут, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первичном осмотре выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.</p> <p>Билирубин пуповинной крови составил 115 мкмоль/л., Hb периферической крови, определенный по cito, 132 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз? 2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме. 3. Каков патогенез настоящего заболевания? 4. Назначьте и обоснуйте лечение. 5. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
18.	<p>Задача № 18</p> <p>Ребенок родился при сроке беременности 30 недель, с массой 1500 г., поступил на 2 этап выхаживания в возрасте 8 суток. Диагноз при поступлении: Внутриутробная пневмония, острое течение, среднетяжелая форма. Сопутствующий диагноз: недоношенность, гестационный возраст 30 недель. Постконцептуальный возраст 31 нед.</p> <p>Общее состояние при поступлении тяжелое. Кожа и слизистые бледно-розовые, с легким субиктеричным оттенком, мраморностью, цианоз носогубного треугольника, легкий акроцианоз. Отмечаются отеки в области нижних</p>

	<p>конечностей, передней брюшной стенки и на спине. Дыхание с втяжением межреберий, западением грудины. Частота дыхания 80 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 180 в минуту.</p> <p>Общий анализ крови: HGB 135 г/л, RBC 4,1x10¹²/л, ЦП 0,92, гематокрит 45%, WBC 24,0x10⁹ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 30%, моноциты 5%, эозинофилы 1%, PLT 380x10⁹/л, СОЭ 8 мм/час.</p> <p>Посев крови на флору – выделена <i>Klebsiella oxytoca</i>, <i>Escherichia coli</i>.</p> <p>В биохимическом анализе крови: общий белок 40 г\л, альбумины 28 г\л, общий билирубин 120 мкмоль\л, непрямой билирубин 85 мкмоль\л, креатинин 14 мкмоль\л.</p> <p>На рентгенограмме органов грудной клетки: усиление легкого рисунка, очаговые тени с неровными контурами, неомогенной структуры по всем легочным полям, расширение правых отделов сердца. УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени и селезенки. ЭКГ: метаболические нарушения в миокарде.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Сформулируйте и обоснуйте план по дополнительному обследованию пациента. 3. Составьте алгоритм дифференциальной диагностики. 4. Назначьте лечение больному. 5. Составьте программу питания для ребенка.
19.	<p>Задача № 19</p> <p>Девочка 21 день, поступила в ОПН с жалобами на срыгивания и рвоту, жидкий стул, плохую прибавку массы, желтушность кожи. Семья переехала из другого города. Выписана на 3 день жизни (ранняя выписка). Из анамнеза: беременность 2, 1 ребенок умер в периоде новорожденности (диагноз-цирроз печени, энтероколит). Настоящая беременность с токсокозом 1половины. Роды в срок, масса тела при рождении 3800 г, длина 55 см. На грудном вскармливании. В возрасте 5 суток появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер сохраняется до настоящего времени. С 17 дней срыгивания, жидкий зеленый стул. Состояние тяжелое за счет интоксикации. На осмотр реакция снижена. Опрелости в паховых областях, на ягодицах. Кожные покровы субиктеричные, цианоз носогубного треугольника. Пупочная ранка сухая. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 48 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные 142 в минуту. Живот вздут, печень +3 см, плотной консистенции, селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами. Пастозность стоп. Общий анализ крови: Hb-100 г/л, Эр-3,3x10¹²/л, Ц.п.-0,9, ретикулоциты-2%, Лейк-7,0x10⁹/л, п/я-4%, с-26%, л-60%, м-10%, СОЭ-10 мм/час. Кал на кишечную группу: отрицательный №3. Анализ крови на ВУИ: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз – отрицательно. Общий билирубин-178 мкмоль/л, прямой-44 мкмоль/л, непрямой-134 мкмоль/л, общий белок-50,1 г/л, калий-4,5 ммоль/л, натрий-130 ммоль/л. Консультация окулиста: двусторонняя катаракта.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании может идти речь? 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 3. С какими состояниями необходимо дифференцировать данное заболевание? 4. При каких заболеваниях встречается врожденная катаракта? 5. Специалисты, которые осуществляют лечение и наблюдение?
20.	<p>Задача № 20</p> <p>Доношенный мальчик от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась</p>

	<p>спонтанным абортom на сроке 20 недель. Роды первые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Оцените состояние ребёнка по шкале APGAR. 2.Укажите степень тяжести асфиксии. 3.Обозначьте ход реанимационных мероприятий для данного больного. 4.Каковы основные принципы назначения лечебной гипотермии при асфиксии? 5.Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.
21.	<p>Задача № 21.</p> <p>Мальчик В., 4-е сутки жизни, от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, Роды 1 преждевременные, в 30,6 недель: умеренная преэклампсия, истмико-цервикальная недостаточность коррегированная (шов на шейке матки); плацентарная недостаточность, компенсация; хронический пиелонефрит, ремиссия. Операция кесарево сечение. Масса 1950 г, длина: 42 см. Окружность головы: 31 см. APGAR 5-7 баллов. Первичная реанимация: санация ВДП, СРАР.</p> <p>Состояние ребенка с рождения тяжелое за счёт дыхательных нарушений 2 степени, недоношенности. Был доставлен в ОРИТН, помещён в кувез, вводился сурфактант, продолжена респираторная поддержка СРАР. В возрасте 3 суток состояние ребёнка с отрицательной динамикой: кожные покровы бледные, акроцианоз, симптом «бледного пятна» более 3 секунд, выраженная симптоматика угнетения, адинамия, отмечаются приступы апноэ. Аускультативно – дыхание ослабленное, тоны сердца приглушены. Живот пальпации доступен, перистальтика вялая. Стула, мочи нет. Показатели монитора: SaO₂ - 75%, ЧСС – 93 в мин, АД – 35/24(28) мм рт .ст.</p> <p>Общий анализ крови: RBC – 4,3×10¹²/л, HGB – 147 г/л, HCT – 39%, MCV – 92,5 fl, MNC – 31,7 pg, MCHC – 343 г/л, WBC – 45,6×10⁹/л, PLT - 190×10⁹/л, э – 2%, п/я – 11%, с/я – 67%, л – 15%, м – 5%.</p> <p>Кислотно-основное состояние капиллярной крови: pH – 7,19, BE – -12, pCO₂– 58 мм рт. ст., pO₂– 34 мм рт. ст., Glu – 10,5 ммоль/л, Lac – 6,1 ммоль/л.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Установите и обоснуйте предварительный диагноз. 2.Охарактеризуйте изменения в представленных анализах? 3.Сформулируйте и обоснуйте план дополнительного обследования. 4.Составьте алгоритм дифференциальной диагностики. 5.Определите тактику терапии при подтверждённом септическом шоке.
22.	<p>Задача № 22.</p> <p>Девочка А., 5 дней, от 1 беременности, протекавшей – I триместр: токсикоз; II триместр: в 18 недель угроза прерывания беременности, стационарное лечение; III триместр: плацентарная недостаточность, компенсация. У матери миома тела матки небольших размеров.</p> <p>Роды 1 в 37,6 недель, через естественные родовые пути в головном предлежании. Масса при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родзале. Масса на 4-е сутки - 2950 граммов. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет активно. Физиологические рефлексы в полном объеме. Мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы иктеричные, прокрашены 1,2,3 зоны по Крамеру, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие</p>

	<p>узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. Носовое дыхание свободное. Аускультативно в легких - везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавленными комочками, примесью слизи. Мочится, диурез адекватный.</p> <p>Общий анализ мочи на 5-е сутки: цвет - соломенно-желтый, реакция кислая, удельный вес 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в поле зрения, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочево́й кислоты.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените результаты исследования мочи. 2. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка? 3. С чем связано изменение характера стула? 4. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния? 5. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму.
23.	<p>Задача № 23.</p> <p>Девочка К., 13 дней, от матери 28 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность 1, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период – 8 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоплодные воды светлые. APGAR 7/8 баллов. Масса при рождении 3120 г, длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2×2 см, малый – 0,3×0,3 см.</p> <p>На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар. На 10-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось, отмечался подъем температуры до 38,3°C, гиперестезия, клонико-тонические судороги.</p> <p>Общий анализ крови: RBC – 4,4×10¹²/л, HGB – 168 г/л, HCT – 50%, WBC – 17,7×10⁹/л, PLT - 130×10⁹/л, п/я – 4%, с/я – 27%, л – 59%, м – 10%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 40,0 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, непрямой – 132 мкмоль/л, прямой – 168 мкмоль/л, мочеви́на – 4,2 ммоль/л, АСТ 170 Ед/л, АЛТ 109 Ед/л.</p> <p>Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панди – +++, цитоз – 350 в 3 мкл: нейтрофилы – 25%, лимфоциты – 75%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Охарактеризуйте изменения в представленных анализах? 3. Сформулируйте и обоснуйте план дополнительного обследования. 4. Составьте алгоритм дифференциальной диагностики. 5. Назначьте лечение больному.
24.	<p>Задача № 24.</p> <p>Родилась доношенная девочка с массой тела 3000 г, длиной 49 см, окружностью головы 37 см, окружностью груди 35 см. После рождения ребенок помещен под лампу лучистого тепла.</p> <p>Анамнез жизни: ребенок от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 37-й</p>

	<p>неделе, отмечалось преждевременное излитие вод, однократное тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.</p> <p>Состояние ребенка при рождении крайне тяжелое. Не кричит. Не дышит. Кожные покровы цианотичные, чистые. Дыхание: не выслушивается. ЧСС 100 уд. в мин. Тоны сердца ритмичные, глухие. Живот мягкий.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз. 2. Опишите необходимые неотложные меры по стабилизации состояния. 3. С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 4. Назовите осложнения данного заболевания. 5. Прогноз при данном состоянии.
25.	<p>Задача №25.</p> <p>Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, поступил в отделение патологии новорождённых на 5 день жизни. Беременность протекала с токсикозом в первом триместре и преэклампсией в третьем триместре. Роды на 38-й неделе. 1-й период – 10 часов, 2-й – 20 минут, безводный промежуток – 4 часа, воды мутные с запахом. Масса при рождении – 3050 г, длина – 51 см, окр. головы – 35 см. Оценка по шкале APGAR 5/8 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет перенесенной асфиксии. К груди приложен в родзале через 2 часа, сосал вяло. В течение первых суток жизни получал инфузионную терапию с целью коррекции гипогликемии. Со вторых суток находился в палате совместного пребывания. С 3 суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 5-й день жизни ребенок переведен на второй этап выхаживания.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен цианоз носогубного треугольника. Сатурация 98%. Пастозность стоп. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ЧСС 140 в минуту. Кормится грудным молоком. После каждого кормления срыгивает молоком, без патологических примесей. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный.</p> <p>Общий анализ крови: RBC – 5,2×10¹²/л, HGB – 183 г/л, HCT – 46%, WBC – 12,4×10⁹/л, PLT – 280×10⁹/л, п/я – 2%, с/я – 61%, л – 28%, м – 9%.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 43 г/л, билирубин: непрямой – 165 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, мочевины – 6,1 ммоль/л, калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 152 ммоль/л, кальций – 1,1 ммоль/л.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Какими особенностями характеризуется ЖКТ новорожденного? 3. Сформулируйте и обоснуйте план дополнительного обследования. 4. Составьте алгоритм дифференциальной диагностики. 5. Назначьте лечение больному.

5.4 Методические материалы, определяющие процедуру оценивания Первый этап госэкзамена – оценка практических навыков.

Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных отделениях перинатальных центров, родильных домов и учебно-лечебных

кабинетах кафедры профилирующей дисциплины (кафедры факультетской педиатрии, госпитальной педиатрии, педиатрии), где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Второй этап госэкзамена - тестовый контроль.

Проверка уровня теоретической подготовленности проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из банка тестовых заданий, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

До, во время и после тестирования в помещении, где оно проводится, разрешено находиться только выпускникам и членам ГЭК, принимающим экзамен.

Выпускники не допускаются в помещение до тех пор, пока председатель, секретарь (или член) ГЭК не подтвердит готовность помещения к проведению тестирования и не укажет, где должен сидеть каждый выпускник. За пятнадцать и за пять минут до окончания тестирования председатель ГЭК извещает выпускников о количестве оставшегося времени до окончания работы. По истечении отведенного на тестирование времени выпускники обязаны прекратить выполнять работу. Факты произошедших технических сбоев должны быть зафиксированы членом ГЭК, если при техническом обслуживании приема государственного экзамена они имели место.

Третий этап госэкзамена – решение ситуационных (клинических) задач.

Данный вид аттестационных испытаний представлен собеседованием. Итоговое собеседование проводится комиссией по ситуационным задачам, утвержденным цикловыми методическими комиссиями дисциплин и проректором по учебной деятельности, и позволяет оценить уровень сформированности профессиональных компетенций выпускника. Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания или подготовки к устному ответу. В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

6. Список рекомендуемой литературы

6.1 Основная литература

1. Шабалов, Н.П. Неонатология [Текст]: учеб. пособие : в 2-х т. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд, испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Т.1. – 928 с.
2. Шабалов, Н.П. Неонатология [Текст]: учеб. пособие : в 2-х т. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд, испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Т.2. – 880 с.
3. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. - М.: ГЭОТАРМедиа, 2007. – 848 с. 2.
4. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении: метод. письмо / под ред. проф. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева, В.И. Широковой. – М., 2011. -66с.
5. Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям: метод. письмо / под ред. акад. РАН Н.Н. Володина, проф. Е.Н. Байбариной, академ. Г.Т. Сухих. – М., 2010. - 31с.

6.2 Дополнительная литература

1. Акушерство : нац. рук. / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
2. Александрович, Ю. С. Анестезия в педиатрии [Текст] : пособие для врачей / Ю. С.

- Александрович, К. В. Пшениснов, В. И. Гордеев. - Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПБ, 2013. - 160 с. : ил.
3. Атлас манипуляций в неонатологии [Текст] / под ред. Мхайри Дж. Мак-Дональд, Джаяшри Рамасезу ; пер. с англ. В. В. Пожарского ; под ред. И. И. Рюминой, Е. Н. Байбариной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 496 с.
 4. Базовая помощь новорожденному – международный опыт / под ред. Н. Н. Володина, Г. Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.
 5. Банкалари Э. Легкие новорожденных [Электронный ресурс] / под ред. Р. Полина; пер. с англ. - Москва : Логосфера, 2015. - 672 с. - (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>
 6. Баранов А.А. Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению бронхолегочной дисплазии [Электронный ресурс]: руководство для практических врачей/ Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Давыдова И.В. – Электрон. текстовые данные. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 176 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70533.html>
 7. Вакцины и вакцинация [Электронный ресурс] : нац. рук. / [О. И. Лябис и др.] ; под ред. В. В. Зверева, Р. М. Хайтова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 644 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>
 8. Власюк В. В. Патология головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста [Электронный ресурс]. - Москва : Логосфера, 2014. - 288 с. - URL : <http://booksup.ru>
 9. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного : руководство [Электронный ресурс] / Савельева Г.М., Конопляников А.Г., Курцер М.А. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425633.html>
 10. Гордеев, В. И. Практикум по инфузионной терапии при неотложных состояниях у детей [Текст] / В. И. Гордеев; ГБОУ ВПО СПбГПМУ Министерства здравоохранения России, ФГУ НИИДИ ФМБА России. - 2-е изд., перераб. и доп. - Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПБ, 2014. - 192 с. : ил.
 11. Горелов А.В., Острые кишечные инфекции у детей / А.В. Горелов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3840-4 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438404.html>
 12. Дедов И.И., Детская эндокринология : учебник / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, О.А. Малиевский, Т.Ю. Ширяева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3899-2 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438992.html>
 13. Дедов И.И., Детская эндокринология. Атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3614-1 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436141.html>
 14. Детские инфекции [Текст] : справочник практикующего врача / под ред. Л. Н. Мазанковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016. - 301[3] с. : цв. ил.
 15. Диагностика различных вариантов кардиомиопатий у детей. Новый взгляд на старую проблему. / Сухарева Г.Э. – Издательство: СпецЛит. – 2017. – 95 с.
 16. Жиркова Ю.В. Перкутанная катетеризация центральных вен у новорожденных [Электронный ресурс]: пособие для врачей и среднего медицинского персонала./ Жиркова Ю.В., Беляева И.А., Кучеров Ю.И. – Электрон. тексто-вые данные. – М.: ПедиатрЪ, 2013. – 32 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70499.html>
 17. Захарова Л. И. Амбулаторная неонатология: формирование здоровья ребенка первого года жизни [Электронный ресурс] : практ. рук. - Москва : Медпрактика-М,

2014. – 296 с. - URL : <http://books-up.ru>.
18. Избранные клинические рекомендации по неонатологии/ Под ред. Е.Н.Байбаринной, Д.Н.Дегтярева. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. – 240с.
 19. Калмыкова А.С., Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс] : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-2648-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html>
 20. Кардиология детского возраста [Электронный ресурс] / [Ю. М. Белозеров и др.] ; под ред. А. Д. Царегородцева [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
 21. Кильдиярова, Р. Р. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Текст] : учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 472 с. : ил.
 22. Кильдиярова, Р. Р. Физикальное обследование ребенка [Текст] : учебное пособие / Р. Р. Кильдиярова, Ю. Ф. Лобанов, Т. И. Легонькова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. Черкасов, Н. С. Заболевания сердца у новорожденных и детей раннего возраста [Текст] / Н. С. Черкасов. - Ростов н/Д : Феникс, 2006. - 192с.
 23. Клайнман Ч. Гемодинамика и кардиология [Электронный ресурс] / Чарльз С. Клайнман, И. Сери ; пер. с англ. - М.: Логосфера, 2015. – 512 с. (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>.
 24. Классификации основных заболеваний и синдромов у детей [Текст] : метод. пособие / сост.: Л. Ю. Барычева, В. О. Быков, Э. В. Водовозова [и др.]. - 5-е изд., перераб. и доп. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2016. - 172 с.
 25. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - ISBN 978-5-9704-3464-2 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434642.html>
 26. Клиническая диетология детского возраста [Текст] : руководство для врачей / под ред. Т. Э. Боровик, К. С. Ладодо. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : Медицинское информационное агентство, 2015. - 720 с. : ил.
 27. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии / Под ред. Д.О. Иванов. СПб.: Информ-Навигатор.- 2016. – 464с
 28. Клинические рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца. / Под ред. Л.А. Бокерия. – М.:НЦССХ им. А.Н. Бакулева; 2014 – 342 с.
 29. Клинический диагноз в педиатрии (формулировка, классификации). Руководство. / Сергеев Ю.С. – Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с.
 30. Михайлова С.В., Болезнь Ниманна-Пика тип С / Михайлова С. В., Захарова Е. Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 48 с. - ISBN 978-5-9704-2996-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429969.html>
 31. Неонатальная кардиология. / А.В. Прахов. – Издательство: НижГМА, 2017. - 464 с.
 32. Неонатология [Электронный ресурс] : нац. рук. Краткое изд. / под ред. Н.Н. Володина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 896 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431597.html>
 33. Неонатология. Ч.3 [Текст] : учеб. пособие / В.О. Быков, Э.В. Водовозова, С.А. Душко, Г.Н. Губарева, И.Г. Кузнецова, Е.В. Кулакова, Л.Н. Леденева, Э.В. Миронова, Т.А. Попова, И.В. Стременкова, Е.В. Щетинин. - Ставрополь : Изд-во СтГМА, 2011. - 173 с.
 34. Неотложная неонатология [Электронный ресурс] / В.М. Шайтор, Л.Д. Па-нова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440346.html>
 35. Неотложная педиатрия [Текст] : национальное руководство / АСМОК ; под ред. Б. М. Блохина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 831[1] с. : ил. - (Национальные

- руководства)
36. Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе [Элек-тронный ресурс] : учебное пособие / С.М. Безроднова и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439616.html>
 37. Нью Д. Гастроэнтерология и питание [Электронный ресурс] / под ред. Р. Полина; пер. с англ. - Москва : Логосфера, 2014. – 512 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>.
 38. Олс, Р. Гематология, иммунология и инфекционные болезни [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / Р. Олс, М. Едер ; ред.-консультант Р. А. Полин. – Москва : Логосфера, 2013. – XX, 388 с. : ил.– (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>.
 39. Оу В. Нефрология и водно-электролитный обмен [Электронный ресурс] : пер. с англ. / В. Оу, Ж.-П. Гиняр, Ш. Баумгарт ; под ред. Р. Полина. – Москва : Логосфера, 2015.– 344 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>.
 40. Оценка риска возникновения у новорожденных и младенцев нарушений нервно-психического развития [Электронный ресурс]: методические рекомендации для педиатров/ А.А. Баранов [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – М.: ПедиатрЪ, 2016. – 36 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70803.html>
 41. Оценка статуса питания ребенка в практике врача-педиатра. Библиотека врача-специалиста. / Ерпулёва Ю.В., Корсунский А.А. – Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 80 с.
 42. Первичные иммунодефициты как педиатрическая проблема [Текст] : учебное пособие / В. М. Делягин [и др.] ; НижГМА. - Нижний Новгород : Издательство НижГМА, 2017. - 54[2] с
 43. Пневмонии у детей. / Самсыгина Г.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 176 с
 44. Подкаменев В.В., Хирургические болезни у детей : учеб. пособие / Подкаменев В.В. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3283-9 - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432839.html>
 45. Полин, Р.А. Секреты неонатологии и перинатологии [Текст] / Р.А. Полин, А.Р. Спитцер ; пер. с англ. под общ. ред. Н.Н. Володина. - М. : БИНОМ, 2013. – 624 с.
 46. Полякова, В. Б. Атлас электроэнцефалограмм детей с различной патологией головного мозга [Текст] / В. Б. Полякова. - Москва : МЕДпресс-информ, 2015. - 279[1] с.
 47. Практикум по инфузионной терапии при неотложных состояниях у детей. / Гордеев В.И. - Издательство: Элби-СПб, 2014. – 192 с.
 48. Практические умения в неонатологии [Текст] : учеб.-метод. пособие / сост. В. О. Быков, О. С. Корниенко, Е. В. Кулакова, М. С. Пустабаева. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2018. - 92 с.
 49. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. — М.: б. и., 2019. — 112 с.
 50. Протокол ведения детей с аллергией к белкам коровьего молока. / Баранов А.А., Намазовой-Барановой Л.С., Макаровой С.Г. – Издательство: ПедиатрЪ, 2016. – 48 с.
 51. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных [Электронный ресурс] : острый период и поздние осложнения. – 5-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
 52. Рациональная антимикробная терапия [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Литтерра, 2015. – (Серия "Рациональная фармакотерапия")." – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501716.html>

53. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Том 1. Акушерство, неонатология [Электронный ресурс]: руководство / Под общей ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Литтерра, 2010. – (Серия "Рациональная фармакотерапия")." – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785904090388.html>
54. Рооз, Р. Неонатология. Практические рекомендации [Текст] : справ. / Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте; пер. с нем. С.Н. Коваль, Е.В. Суслина, П.В. Шевченко [и др.] ; ред. пер. Р. Вауэр, Г.А. Шишко. – М. : Медицинская литература, 2013. – 592 с.
55. Руководство по практическим умениям педиатра [Текст] / Л. Ю. Барычева, В. О. Быков, Э. В. Водовозова [и др.] ; под ред. В. О. Быкова. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 558 с. (150 экз.)
56. Сергеев, Ю. С. Клинический диагноз в педиатрии : формулировка, классификации [Текст] : руководство для врачей / Ю. С. Сергеев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 234[6] с.
57. Сестринский уход за новорожденным в амбулаторно-поликлинических условиях [Электронный ресурс] / Под ред. Д.И. Зелинской. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413159.html>
58. Синдром задержки роста плода: патогенез, диагностика, лечение, акушер-ская [Электронный ресурс] / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко, Е. В. Тимохина, Л. Д. Белоцерковцева – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431566.html>
59. Современные медико-социальные проблемы неонатологии [Электронный ресурс]/ В.Ю. Альбицкий [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – М.: ПедиатрЪ, 2015. – 352 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70804.html>
60. Современный взгляд на условия выхаживания новорожденных. Профилактика гипотермии, оптимизация воздействия звуков, света, тактильных ощущений: пособие для врачей / Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина, А.Г. Антонов и др. – М.: ООО «Эники», 2010. – 56 с.
61. Справочник педиатра [Текст] / под ред. В.О. Быкова, А.С. Калмыковой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Ростов н/Д. : Феникс, 2015. - 605 с.
62. Справочник педиатра [Текст] / под ред. Н. П. Шабалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, 2012. - 720 с.
63. Хирургическое лечение врожденных пороков сердца / Джонас Р. Переводчик Борисков М.В.. – Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 736 с.
64. Хроническая сердечная недостаточность: федеральные клинические рекомендации. / Коллектив авторов. – Издательство: ПедиатрЪ, 2015. – 40 с.
65. Яцык Г.В. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей [Электронный ресурс]/ Яцык Г.В. – Электрон. текстовые данные. – М.: ПедиатрЪ, 2012. – 156 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70508.html>

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" необходимых для освоения дисциплины

1. <http://pediatr-russia.ru/news/recomend> - федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям
2. <http://www.e-library.ru> – Научная электронная библиотека.
3. <http://www.femb.ru> - Сайт Федеральной электронной медицинской библиотеки МЗ РФ
4. <http://www.univadis.ru> - Информационно-образовательный портал для врачей
5. <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4> - Сайт Консультант врача. Электронная медицинская библиотека "Консультант врача"
6. <http://grls.rosminzdrav.ru> -Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации

7. <http://www.who.com> – Сайт ВОЗ.
8. <http://www.raspm.ru> - сайт Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины
9. <http://www.neonatology.pro> – Российское общество неонатологов.

8. Перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

При освоении данной дисциплины специального программного обеспечения не требуется. В ходе реализации целей и задач дисциплины обучающиеся могут использовать возможности информационно-справочных систем и архивов

1. ЭБС «Консультант студента» Студенческая электронная библиотека;
2. Электронный каталог» (Local);
3. Электронная база данных «Clinic Key»;
4. ЭБС «Электронная библиотека технического вуза».

Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Среда Электронного обучения 3LK	Бесплатное
Русский MOODLE	Тех. Поддержка 359ЭТ 19.21.2022
Mind платформа для видеоконференций	№135/ЗК от 9.07.2021
1С:Университет Проф	№27 от 30.04.2014

Установленное на ПК

Kaspersky endpoint security	№99/ЭТ от 21.06.2021
Архиватор ZIP	бесплатное
Adobe Acrobat reader	бесплатное
VLC медиаплеер	бесплатное
Astra Linux Common Edition релиз Орёл	№92/ЭТ от 15.06.21

9. Материально-техническое обеспечение ГИА

1 этап	- Ресурсы клинических баз кафедры (оборудование и инструментарий, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи по профилю) - Симуляционное оборудование центра аккредитации (тренажеры, фантомы)
2 этап	Учебные аудитории, компьютерный класс, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам
3 этап	Учебные аудитории, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам