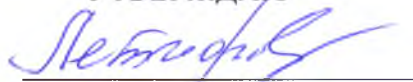


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ



Руководитель ООП
по программе ординатуры
31.08.18 «Неонатология»
д.м.н., профессор Летифов Г.М.
«27» 08. 2018г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
высшего образования
подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры по специальности
31.08.18 Неонатология
(квалификация врач-неонатолог)

Ростов-на-Дону
2018

Рабочая программа дисциплины «Неонатология» по специальности 31.08.18 «Неонатология» рассмотрена на заседании кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

Протокол № 7 от «27» 08 2018г.

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор  Летифов Г.М.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

3.1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

3.2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 1 года;
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3.3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

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

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

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

- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

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

Универсальные компетенции (далее – УК):

- ✓ готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник программы ординатуры должен обладать следующими **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология»

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология» осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-неонатолога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Целью ГИА является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

Задачи ГИА: проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности по специальности 31.08.18 «Неонатология» проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования (по разделам дисциплин входящих в РУП)).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология».

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология».

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

№	Дисциплина (модуль)	Вопросы
1	«МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение младенческой смертности, неонатальной смертности, ранней неонатальной смертности. 2. Как рассчитывают показатель (коэффициент) перинатальной смертности. Укажите временные границы перинатального периода, используемые в отечественной медицинской статистике. 3. Документы, регламентирующие деятельность в области охраны материнства и детства в России. Организация лечебно-профилактической помощи беременным женщинам. 4. Организация службы планирования семьи. Принципы работы женских консультаций по обслуживанию беременных. 5. Диспансеризация беременных. Выделение групп риска. 6. Организация пренатальной диагностики. Медико-генетическое консультирование. Профилактика и лечение заболеваний плода. 7. Младенческая смертность и факторы, ее определяющие. 8. Характеристика современного контингента рожаящих женщин. Социальные факторы здоровья беременных женщин. 9. Структура перинатальной смертности (антенатальная, интранатальная и ранняя неонатальная). Мертворождаемость. 10. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Методы проведения анализа перинатальной смертности. Основные пути

		<p>снижения перинатальной смертности.</p> <p>11. Неонатологическая служба в специализированных родильных домах. Структура и функции перинатальных центров.</p> <p>12. Принципы маршрутизации новорожденных высоких групп риска. Критерии, позволяющие выписать новорожденного из родильного дома и второго этапа выхаживания.</p> <p>13. Санитарно-эпидемиологический режим родильных домов и отделений новорожденных в стационарах. Эпидемиология и профилактика внутригоспитальной инфекции в детских отделениях родильных домов и стационаров для новорожденных.</p> <p>14. Особенности диспансеризации новорожденных детей. Организация обслуживания новорожденных с поражениями нервной системы.</p> <p>15. Медицинская этика и деонтология. Психологические и характерологические качества врача.</p> <p>16. Этические и деонтологические аспекты взаимоотношения врача-неонатолога с родителями больного ребенка.</p> <p>17. Правовые основы здравоохранения. Врачебная тайна.</p> <p>18. Группы инвалидности, критерии их установления. Причины инвалидности.</p>
2	«ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ПЛОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ»	<p>1. Физиология беременности. Оплодотворение и эмбриогенез. Критические периоды внутриутробного развития.</p> <p>2. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Особенности метаболических процессов у плода.</p>

		<p>3. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Иммунологические взаимоотношения матери и плода.</p> <p>4. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Эмбриональное развитие нервной, бронхолегочной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.</p> <p>5. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Эмбриональное развитие эндокринной и мочевыделительной систем.</p> <p>6. Особенности кроветворения у плода.</p> <p>7. Влияние различных неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов (физических, химических, биологических и других) в различные сроки беременности на внутриутробное развитие плода. Тератогенез.</p> <p>8. Диагностика состояния плода. Основные методы, используемые в акушерстве для определения состояния плода.</p> <p>9. Внутриутробные инфекции вирусной этиологии. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Врожденная краснуха. Внутриутробная герпес-инфекция.</p> <p>10. Врожденный токсоплазмоз. Клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>11. Врожденные микоплазменная, уреоплазменная и хламидийная инфекция. Клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>12. Врожденный сепсис. Клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>13. Внутриутробная ВИЧ-инфекция. Клиническая картина, диагностика, профилактика и лечение.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3	«ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ПЛОДА В ИНТРАНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Физиологические роды. Биомеханизм родов. Современные методы наблюдения и оценки состояния плода в родах. 2. Физиологические роды. Адаптация плода в интранатальном периоде. 3. Патология интранатального периода и ее влияние на плод. Аномалии родовой деятельности. Акушерские и оперативные вмешательства в процессе родов. 4. Гипоксия плода в родах. Асфиксия. Сердечно-легочная реанимация новорожденного. 5. Родовая травма при естественных родах и при оперативном родоразрешении. 6. Первичный туалет новорожденного. Методы обработки пуповины. 7. Оценка состояния новорожденных. Шкала Апгар, Сильвермана, Даунса. Оценка гестационного возраста, морфофункциональной зрелости и состояния органов и систем новорожденного.
4	«ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка. Особенности адаптации новорожденного. 2. Особенности строения кожи и подкожно-жировой клетчатки. Оценка состояния пупочной ранки и методы ее обработки. 3. Особенности центральной нервной системы у доношенного новорожденного. Оценка неврологического статуса. 4. Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения доношенного ребенка. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переходное кровообращение. 5. Уход за новорожденным ребенком.

		<p>Вскармливание здорового новорожденного ребенка.</p> <p>6. Инфекционные поражения нервной системы. Менингиты. Менингоэнцефалиты. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>7. Родовая травма. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>8. Перинатальные гипоксически-ишемические нарушения. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>9. Инфекционные поражения легких Пневмонии. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>10. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>11. Патология органов мочевыделительной системы доношенного новорожденного. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>12. Транзиторные нарушения переходного кровообращения. Персистенция фетальных коммуникаций. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>13. Врожденные пороки сердца и сосудов. Классификация. Патогенез нарушения кровообращения. Тактика ведения новорожденных.</p> <p>14. Кардиомиопатии. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>15. Патология эндокринной системы у доношенного новорожденного. Врожденный гипотиреоз. Клиническая картина, диагностика, заместительная терапия.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>16. Транзиторные особенности эндокринной системы у новорожденного (особенности функции гипоталамуса, надпочечников, щитовидной железы). Половой криз.</p> <p>17. Анемии у новорожденных. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>18. Приобретенные неинфекционные состояния и заболевания кожи. Опрелости. Потница. Сальный ихтиоз. Склерема.</p> <p>19. Инфекционные заболевания пуповинного остатка и пупочной ранки. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>20. Пупочная грыжа. Грыжа пупочного канатика. Свищи пупка.</p> <p>21. Врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения новорожденных на предоперационном этапе.</p>
5	«ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО»	<p>1. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.</p> <p>2. Респираторный дистресс-синдром недоношенного. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, методы респираторной терапии. Заместительная терапия сурфактантом.</p> <p>3. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у недоношенного новорожденного.</p> <p>4. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у недоношенного новорожденного.</p> <p>5. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у недоношенного новорожденного (особенности функции щитовидной железы, паращитовидных желез,</p>

		<p>надпочечников).</p> <p>6. Анемии недоношенного. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>7. Анатомо-физиологические особенности центральной нервной системы у недоношенного новорожденного.</p> <p>8. Внутрочерепные кровоизлияния. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина.</p> <p>9. Уход за новорожденными с экстремально низкой массой тела.</p> <p>10. Уход за недоношенным новорожденным. Тепловой режим. Особенности ухода за кожей и слизистыми.</p> <p>11. Вскармливание недоношенных детей. Методы проведения вскармливания. Частота кормлений. Методы расчета энтерального питания.</p> <p>12. Особенности вскармливания детей с экстремально низкой массой тела. Принципы расчета парентерального питания.</p> <p>13. Пограничные состояния, характерные для периода адаптации недоношенных детей.</p> <p>14. Конъюгационные гипербилирубинемии. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>15. Особенность течения у недоношенных детей неинфекционного поражения легких. Пневмонии.</p> <p>16. Бронхолегочная дисплазия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>17. Особенность течения у недоношенных детей поражения ЦНС.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>18. Особенность течения у недоношенных детей гнойно-септических заболеваний.</p> <p>19. Некротизирующий энтероколит. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p>
6	«НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕОНАТОЛОГИИ»	<p>1. Принципы организации службы реанимации и интенсивной терапии на этапах лечения и выхаживания новорожденных детей. Нормативные документы, регламентирующие службу реанимации и интенсивной терапии в РФ.</p> <p>2. Организация службы выездной бригады реанимации новорожденных. Организация отделений (центров) реанимации и интенсивной терапии новорожденных.</p> <p>3. Санитарно-эпидемиологический режим палат, отделений (центров) реанимации и интенсивной терапии новорожденных.</p> <p>4. Организация ухода и вскармливания новорожденных, находящихся в критическом состоянии.</p> <p>6. Основные принципы реанимации новорожденных. Схема реанимации новорожденных в родильном зале.</p> <p>7. Острая дыхательная недостаточность. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>8. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>9. Гипоксически-ишемические поражения ЦНС. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>10. Родовая травма. Клиническая картина, диагностика, лечение.</p>

		<p>11. Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>12. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>13. Гиповолемия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>14. Геморрагический синдром. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>15. Судорожный синдром. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.</p> <p>16. Нормативные показатели температуры тела у новорожденного. Особенности терморегуляции у недоношенных новорожденных. Синдром охлаждения. Гипертермический синдром.</p> <p>17. Нарушения КОС (ацидоз). Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина и коррекция.</p> <p>18. Нарушения КОС (ацидоз). Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина и коррекция.</p> <p>19. Гипогликемический синдром.</p> <p>20. Восстановление и поддержание свободной проходимости дыхательных путей. Методы проведения малоинвазивной респираторной терапии. Показания и противопоказания к проведению. Критерии перевода новорожденного с малоинвазивной респираторной терапии на инвазивную вентиляцию легких.</p> <p>21. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Показания к проведению. Режимы ИВЛ. Критерии перевода новорожденного ребенка на спонтанное</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>дыхание. Возможные нежелательные эффекты искусственной вентиляции легких.</p> <p>22. Заместительная терапия экзогенными сурфактантами. Показания к терапии. Виды сурфактантов. Методы введения.</p> <p>23. Инфузионная терапия. Расчет парентерального питания новорожденных.</p> <p>24. Операция заменного переливания крови (ЗПК). Показания и техника выполнения.</p> <p>25. Методика проведения люмбальной пункции, вентрикулярная пункции. Катетеризация мочевого пузыря.</p> <p>26. Оценка специальных методов исследования при неотложных состояниях у новорожденных (общие принципы рентгенодиагностики, общие принципы ультразвуковой диагностики, функциональные методы исследования).</p> <p>27. Диагностика и неотложные мероприятия при врожденных пороках развития, обуславливающих синдром асфиксии у новорожденных.</p> <p>28. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта. Диагностика и неотложные мероприятия. Сроки проведения хирургической коррекции.</p> <p>29. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки. Диагностика и неотложные мероприятия. Сроки проведения хирургической коррекции.</p> <p>30. Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Этиология, клиническая картина и лечение.</p> <p>31. Травматические переломы ключицы и трубчатых костей у новорожденных. Тактика ведения, иммобилизация.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>34. Ущемленная пахово-мошоночная грыжа. Острая водянка яичка. Клиническая картина, лечение.</p> <p>35. Родовая травма мошонки. Перекрут семенного канатика. Клиническая картина, лечение.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача №1

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

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются белые с желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, прожилками слизи.

Дополнительные данные исследования к задаче №1

Общий анализ крови: НЬ - 186 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 4-5 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6

ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задание к задаче №1

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?
6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?
9. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
10. Как следует кормить этого ребенка?

Ответ к задаче №1

1.Пограничные состояния - физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекишечная нефропатия.

2.Потеря массы тела в первые дни происходит за счет физиологических потерь (моча, кал, с дыханием)

3.Весовая кривая в ближайшие дни достигнет исходного уровня.

4.Нагрубание молочных желез - состояние, появляющееся у 2 / 3 новорожденных детей (чаще у девочек)связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке(прогестерон, эстрадиол, эстриол, пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается, необходимо соблюдение правил гигиены и местно сухое тепло или п/спиртовой компресс.

5.Физиологическое шелушение кожных покровов возникает на 3-5 й день жизни у детей с особенно яркой простой эритемой при ее угасании, чаще на животе и груди, особенно обильное шелушение отмечается у переносенных детей, проходит самостоятельно.

6.Изменение частоты и характера стула связана с транзиторным катаром и дисбактериозом кишечника. Происходит заселение кишечника микрофлорой (при прохождении родовых путей, сосании груди и тд.) и переход на лактотрофный тип питания (бифидумфактор женского молока) в норме он продолжается до 14-15 дня далее надо подходить дифференцированно. Экстренной коррекции не требует.

7.Анализ крови соответствует возрасту нейтрофилы=лимфоцитам. Физиологический перекрест.

8. В общем анализе мочи присутствуют соли мочевой кислоты это связано с катаболической направленностью обмена веществ и распадом большого количества клеток (в основном лейкоцитов), из нуклеиновых кислот, ядер которых образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований, конечным этапом метаболизма которых является мочевая кислота.

9. Биохимический анализ крови, повышен непрямо́й билирубин, т.к. идет гемолиз фетального гемоглобина, а ферментативная активность печени низкая.

10. Ребенка необходимо кормить грудным молоком.

Задача №2

Девочка О., возраст 4 дня, находится в родильном доме.

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

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

Дополнительные данные исследования к задаче №2

Группа крови матери А(II) Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п. - 0,94, Лейк - $9,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й - 140 мкмоль/л, прямо́й - нет, мочеви́на - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л

Задание к задаче №2

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.
5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?

8. Каков генез желтухи в данном случае?

9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.

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

11. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?

12. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?

13. Как необходимо кормить этого ребенка?

14. Каков прогноз для этого ребенка?

Ответ к задаче №2

1. Диагноз: Физиологическая желтуха новорожденных.

2. Массово/Ростовой показатель=60,7 (N-60-80)

3. Ретикулоцитоз связан с гемолизом фетального гемоглобина, С.я.=Лф.(физ.перекрест.)

4. Норма.

5. Повышен непрямой билирубин. т.к.повышен распад фетального гемоглобина, незначительно повышен холестерин, т.к.имеется холестаза.

6.

-1.Повышенным образованием билирубина (N-в пуповинной крови-26-34 мкмоль/л)145 мкмоль/кг./сут. в следствии :

а) укороченной продолжительности жизни Эр. из-за преобладания Эр. с фетальным гемоглобином;

б) выраженного неэффективного эритропоэза;

в) увеличенного образования билирубина в катоболическую фазу обмена из неэритроцитарных источников гема (миоглобина, печеночный цитохром и др.)

-2.Пониженной функциональной способностью печени, проявляющейся:

а) сниженном захвате непрямого билирубина гепатоцитами,

б) низкой способностью к конъюгации билирубина из-за низкой активности глюкуронилтрансферазы и уридиндифосфоглюкозодегидрогеназы в основном по причине угнетения их гормонами матери,

в) сниженной способности к экскреции билирубина из гепатоцита.

-3.Повышенным поступлением неконъюгированного билирубина из кишечника в кровь в связи:

а) высокой активностью В-глюкуронидазы в стенке кишечника,

б) поступлением части крови от кишечника через Аранциев проток в нижнюю полую вену, минуя печень, т.е.нарушением гепатоэнтерогенной циркуляции Б.

в) стерильностью кишечника и слабой активностью желчных пигментов.

7. ГБН не разовьется (ГБН- по Rh- фактору, по АВО системе когда у матери 1 (О) гр.крови, а у ребенка 2(А) или 3 (В) гр.крови.

8. Гемолиз Нв, низкая ферментативная активность печени.

9. Физиологическая желтуха появляется на 2-3 день, билирубин неконъюгированный 140-150мкмоль/кг/сут., Билирубин пуповинной кр.26-

34мкмоль/л., общее состояние не страдает, проходит к 10 дню. Гемолитическая желтуха - имеются при рождении и появляются в первые сутки или на второй неделе жизни, длятся более 7-10 дней у доношенных и 10-14 дней у недоношенных детей, протекают волнообразно, темп прироста непрямого билирубина более 5мкмоль/л/час или 85мкмоль/л/сут., уровень непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови –более 60мкмоль/л –на 2-е сут. жизни, максимальный уровень прямого билирубина более 25мкмоль/л.

10. При высоких цифрах билирубина: более 340мкмоль/л у доношенных и более 170мкмоль/л у недоношенных, риске развития билирубиновой энцефалопатии 4 фазы –

-1. билирубиновая интоксикация: вялость, снижение мышечного тонуса и аппетита вплоть до отказа от пищи, бедность движений, монотонный крик, неполная выраженность рефлекса Моро, срыгивания, рвота, патологическое зевание, блуждающий взгляд.

-2. ядерная желтуха: спастичность, ригидность затылочных мышц, вынужденное положение тела с опистотонусом, периодическое возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук, судороги, симптом «заходящего солнца», нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.

-3. период мнимого благополучия и исчезновения спастичности (начиная со 2-й нед. жизни),

-4. период формирования неврологических осложнений начинается в конце периода новорожденности или на 3-5 мес. жизни: ДЦП, атетоз, хореоатетоз, параличи, парезы, глухота и др.

11. Показания к ЗПК – билирубин выше 342 мкмоль/л, темп нарастания билирубин выше 6,8 мкмоль/л-ч. и уровень его в пуповинной крови выше 60 мкмоль/л, тяжёлой анемии (Hb менее 100г/л), у детей с гипотрофией в зависимости от степени гипотрофии от 342 до 222 мкмоль/л

12. желтуха лечения не требует.

13. кормить грудным молоком

14. прогноз благоприятный.

Задача №3

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что 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.

Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. 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 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено

желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

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

Дополнительные данные исследования к задаче №3

При дополнительном обследовании: билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.

Нв периферической крови, определенный по cito, 149 г/л.

Задание к задаче №3

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости?
6. Каков патогенез настоящего заболевания?
7. Какие группы крови Вы знаете?
8. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
9. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?
10. Назначьте и обоснуйте лечение.
11. Как должен вскармливаться этот ребенок?
12. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
13. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
14. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?
15. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?

Ответ к задаче №3

1. Диагноз: ГБН (обусловленная Rh-несовместимостью)
2. ЗПК: Б/р пуп. крови >60 мкмоль/л (в задаче-105) = абсолютным показанием для ЗПК + низкий уровень Нв периферической крови -149 г/л (абс. показание - 100 г/л и ниже).
3. Дополнительные обследования: для уточнения диагноза - определение гр. крови и Rh-фактор у ребенка.
4. ОАК: анемия, ретикулоцитоз, псевдолейкоз из-за увеличения нормо-, эритробластов.
5. УЗИ: увеличение печени и селезенки.
6. ПЗ: с 16-18 недель беременности Эр плода обнаруживаются в крови матери, максимально выражена трансплацентарная трансфузия во время

родов. Во время 1ой беременности Эр плода, имеющие Rh ф-р проникают в организм матери и запускают синтез Rh-ат. Во время беременности из-за небольшого количества Эр плода, проникающих к матери, и иммуносупрессии в организме беременной первичный иммунный ответ у матери снижен, но после рождения ребенка (=>много Эр проникает в кровоток матери + снятие иммуносупрессии), происходит активный синтез Rh-атител, которые проникают к Rh + плоду при следующих беременностях.

7. Группы крови: *ABO-сист*-эритро.содерж.аг-агглютинин1(0),2(A),3(B), 4(AB).Плазма. содержит аг-агглютиногены (1a,b,2b,3a,4-0). *Rh-ф-р* по Виннеру–Rh1(C),Rh0(D),Rh''(E), hr1(c),hr0(d).hr''(e),Rh0=Rh+Другие сочетания (очень редко).

Еще есть гр.кр. по Келли, Дабби, Кид, Льюис и др.

Переливание.эр-массы:1ю-всем,2ю-2,4; 3ю-3,4; 4ю-4й. Rh+=>Rh+.Rh-=>всем. Переливание плазмы:4ю-всем,3ю-3,1; 2ю-2,1; 1ю-1(в плазме Rh нет)

8. Особенности обмена б/р у н/р: а) повышено образование б/р, укорочена продолжительность жизни эритроцитов и Нв, неэффективность эритропоеза, катаболическая направленность обмена веществ; б) снижена функциональная способность печени (снижен захват б/р-на гепатоцитами), низкая активность глюкуронилтрансфераз, уридиндин- фосфоглюкозодегидрогеназы, снижена способность экскреции б/р гепатоцитами) в) увеличено поступление билирубина из кишечника в кровь.

9.Наблюдение в женской консультации: определение титра антител в крови матери 1р\мес. до 32нед., 2 р\мес. на 32-35н, далее - 1раз в нед. Амбулаторное проведение курсов неспецифической десенсибилизации. УЗИ в динамике: с 20-24 нед. – каждые 3-4 нед. (плацентометрия, фетометрия, дыхательная активность плода) при сроке 34-36 нед. направление в роддом при Rh-сенсбилизации, в 36-37 нед. при АВО сенсбилизации – определение оптической плотности б/р в окоплодных водах. Лучше родоразрешать ч/з естественные родовые пути, бережное ведение родов, пережимать пуповину сразу после родов.

10.Леч-е: ЗПК: раннее 1-2 сут. методом Даймонда. Абсолютные показания: у доношен .б/р>342, прирост > 6,8 мкмоль/ч, желтуха/выраженная бледность при рожден, билирубин в пуповинной крови > 60 мкмоль\л, низкий Нв < 100 г\л - несовместимость по гр.и резус-фактору должна быть доказана. Недоношенный новорожденный: прирост >3,4 мкМоль/л/ч, свободный билирубин >170мкр Моль/л.Заменяют 2мя ОЦК (170мл/кг). При Rh конфликте - вводят одногруппную кровь, Rh -, не >2-3д. консервации, 170-180мл/кг,если н.б/р > 400 => 250-300мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и одногруппную кровь с кровью ребенка или 4(AB) плазму в соотношении 2:1. Удалить желудочное содержимое. Чередуют выведение/ введение по 20мл (н/нош-10).После кажд.100мл-10%глюконат Са=1,0; 5%глюкоза - 2,0 (борьба с ацидозом).Анализ мочи – сразу после окончания ЗПК, ч/з 2ч-глюкоза крови.

Фототерапия = начинать при неконъюгированном б/р у доношенных - 205, у недоношенных -171, низк.тит - 100-150. Фотоокисление б/р с образованием биливердина, он водорастворим => выводится с мочой и стулом

+ конфигурационные изменения б/р на водорастворимые изомеры + структурная изомеризация с длительностью полувыведения 2ч. Лампы синего и белого света. Длительность 72-96ч, перерыв в фототерапии не > 3ч + инфузионная терапия: 10% раствор глюкозы. 11. Вскармливание: кормление начинают ч\з 2-6 часов после рождения, адаптированная смесь (10×n), где n – количество дней жизни, до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед).

12. Осложнения: ранние = гипогликемия, отечный, геморрагический, кардиопатический синдромы, синдром сгущения желчи. Поздние = нормохромная, гипохромная или норморегенераторная анемия. С Знедель – препараты железа.

13. Профилактика: введение анти Rh- Ig - 200мкг в 1й д. после любого прерывания беременности. Женщинам с высоким титром антител - внутриутробное ЗПК, родоразрешение путем кесарева сечения на 37-39 недели.

14. Наблюдение участкового педиатра: на 1 мес ж. – 3р, на 2 г.ж. – 1р\3мес. Невропатолог: 1мес – 2 осмотра. Обследование: ОАК – 1 р\мес в теч. 3мес. жизни, ОАМ – 2р в год. Однократное б\х исследование крови (обмен Fe), функциональные тесты печени, проба Кумбса, УЗИ печени и желчного пузыря. Если к 1г н.б/р = N - перевод в 1гр.зд.

15. Специалисты: невропатолог.

Задача №4.

Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови.

Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с повышением артериального давления, отеками во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный.

Дополнительные данные исследования к задаче №4

Общий анализ крови: НЬ - 141 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,99, Лейк - $9,4 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с - 53%, э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - нет.

Задание к задаче №4

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования?
4. Каков патогенез выявленных клинических симптомов?
5. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ребенка невропатологом?
6. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости?
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
8. Как следует кормить этого ребенка?
9. Назначьте лечение.
10. Какие группы крови Вы знаете?
11. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор?
12. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
13. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?
14. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

Ответ к задаче №4

1. Диагноз: ГБН, обусловленная АВО-несовм. Обоснование: мать 1(0), отец 2(A), аборт при 1й бер-ти, желтуха на 1х сутках жизни. Интоксикация. Незначительное увеличение печени неконъюгированный б/р -180 мкмоль/л, анемия - Hb-141 мкмоль/л, белок-54 г/л.

2. Доп.: определение группы крови ребенка, ОАК + ретикулоциты, определение титра агглютининов в крови и молоке матери. Проведение пробы Кумбса.

3. В анализах: Гр.кр2 (A) в ОАК - ретикулоцитоз. Увеличение титра иммунных антител, прямая проба Кумбса слабо+.

4. Симптомы: Иктеричность кожи и склер – гипербилирубинемия. Вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия – билирубиновая интоксикация (1 фаза б/р энцефалопатии).

5. Невропатологически: монотонный крик, снижение рефлекса Моро (только 1 фаза), “блуждающий взгляд”.

6. На УЗИ: увеличение печени и селезенки.

7. Диф.д/з: желтуха на грудном вскармливании, инфекции, субдуральное кровоизлияние, кефалогематома, дефицит Г-6-ФД, пирувакиназы, наследственный сфероцитоз, с-м Криглера-Найяра, Люцея-Дрисколла (семейная неонатальная гипербилирубинемия), гипотиреоз.

8. Вскармливание: кормление начинают ч/з 2-6 часов после рождения, адаптированная смесь (10×n), где n – количество дней жизни, до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед).

9,11. Лечение: ЗПК: раннее 1-2 сут. методом Даймонда. Абсолютные показания: у доношенных б/р > 342 мкмоль/л, прирост > 6,8 мкмоль/ч, желтуха/выраженная бледность при рождении, НБ в пуповинной крови > 60 мкмоль/л, низкий Нв < 100 г/л - несовместимость по гр. и резус-фактору должна быть доказана. Недоношенный: прирост > 3,4 мкмоль/л/ч, свободный билирубин > 170 мкр Моль/л. Заменяют 2мя ОЦК (= 170 мл/кг). При Rh конфликте - вводят одногруппную кровь, Rh -, не > 2-3 д. консервации, 170-180 мл/кг, если н.б/р > 400 => 250-300 мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и одногруппную кровь с кровью ребенка или 4(АВ) плазму в соотношении 2:1. Удалить желудочное содержимое. Чередуют выведение/ введение по 20 мл (н/нош-10). После кажд. 100 мл - 10% глюконат Са = 1,0; 5% глюкоза - 2,0 (борьба с ацидозом). Анализ мочи - сразу после окончания ЗПК, ч/з 2ч - глюкоза крови.

Фототерапия = начинать при неконъюгированном б/р у доношенных - 205 мкмоль/л, у недоношенных - 171 мкмоль/л (при низкой массе тела - 100-150 мкмоль/л). Фотоокисление б/р с образованием биливердина, он водорастворим => выводится с мочой и стулом + конфигурационные изменения б/р на водорастворимые изомеры + структурная изомеризация с длительностью полувыведения 2ч. Лампы синего и белого света. Длительность 72-96ч, перерыв в фототерапии не > 3ч + инфузионная терапия: 10% раствор глюкозы. Осложнения: ранние = гипогликемия, отечный, геморрагический, кардиопатический синдромы, синдром сгущения желчи. Поздние = нормохромная, гипохромная или норморегенераторная анемия. С 3 недель - препараты железа.

10. Группы крови: АВО-сист-эритро. содерж. аг-агглютинин 1(0), 2(А), 3(В), 4(АВ). Плазма. содержит аг-агглютиногены (1а, 2а, 3а, 4-0). Rh-ф-р по Виннеру - Rh1(С), Rh0(D), Rh''(Е), hr1(c), hr0(d), hr''(e), Rh0 = Rh+ Другие сочетания (очень редко).

Еще есть гр. кр. по Келли, Дабби, Кид, Льюис и др.

Переливание эр-массы: 1ю-всем, 2ю-2,4; 3ю-3,4; 4ю-4й. Rh+ => Rh+. Rh- => всем. Переливание плазмы: 4ю-всем, 3ю-3,1; 2ю-2,1; 1ю-1(в плазме Rh нет)

12. Ребенок вакцинируется БЦЖ ч/з 1г, после постанов. р-ции Манту.

13. Наблюдение участкового педиатра: на 1 мес ж. - 3р, на 2 г. ж. - 1р/3мес. Невропатолог: 1мес - 2 осмотра. Обследование: ОАК - 1р/мес в теч. 3мес. жизни, ОАМ - 2р в год. Однократное б\х исследование крови (обмен Fe), функциональные тесты печени, проба Кумбса, УЗИ печени и желчного пузыря. Если к 1г н.б/р = N - перевод в 1гр.зд.

14. Группа здоровья 3.

Задача №5

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период - 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г,

длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.

Дополнительные данные исследования к задаче №5

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,94, тромб - $310,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $5,9 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. *Время свертывания по Бюркеру:* начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут.

Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32"), протромбиновый комплекс - 25%

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).

Задание к задаче №5

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Какие звенья гемостаза Вы знаете?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. Оцените результаты исследования коагулограммы. Что характеризуют проведенные тесты?
6. Оцените результаты биохимического анализа крови.
7. Правильной ли была тактика врачей родильного дома?
8. Нуждается ли этот ребенок в консультации невропатолога?
9. Нуждается ли этот ребенок в консультации хирурга?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
11. Назначьте лечение.
12. Каков прогноз у этого ребенка?
13. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?

14. Как следует наблюдать этого ребенка в детской поликлинике?

Ответ к задаче №5

1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденных, морфо - функциональная незрелость, Церебральная ишемия 2 степ, синдром угнетения ЦНС, конъюгационная гипербилирубинемия.

2. Этиология: гестоз, гепатопатии у матери, лечение (при приеме антикоагулянты непрямого действия из группы неодикумарина), введение дифенина, антибиотиков широкого спектра действия, недоношенность, ребенку не ввели витК.

3. Звенья гемостаза: тромбоцитарно-сосудистый, коагуляционный гемостаз.

4,5,6. ОАК-Н, коагулограмма: повышение каолинов, протромбинового, частичного тромбопластинового времени - (показывают суммарную активность 4х факторов протромбинового комплекса-протромбина (II), проакцелерина (V), проконвертина (VII), ф-ра Стюарта-Прауэра(X) => повышение показателей происходит при недостатке этих факторов в результате дефицита вит.К, приема антикоагулянтов) б/х кр: гипербилирубинемия.

7. Оценить тактику в роддоме: В р/д необходимо было вскоре после рождения ввести 5 мл викасола или 1 мл вит К1.

8,9. Специалисты: невропатолог.

10. Диф. д/з: заглывание материнской крови (тест Апта-НбА: изменение цвета раствора с розового на желто-коричневый), некротизирующий энтероколит (нарушение периферического кровообращения, осмотр живота, рентгенологическое исследование органов брюшной полости), трещина ануса (осмотр), кровотечение, обусловленное введением лекарственных средств (индометацин, стероиды), назогастральный зонд, ангиоматоз кишечника.

11. Лечение: кормление 7р. в сут., вит К1 – 1мг в\в или в\м или 5мг (недоношенным-3мг) викасол (К3) 2р.ч/з 12ч. Терапия мелены: раствор аминокaproновой кислоты 1 чайн ложка 3 р\день, внутрь. Обильное кровотечение, рецидивирующее => плазма 15мл/кг капельно.

12,13,14. Прогноз: благоприятный. *Вакцинация*: обычный календарь. *Наблюдение*: по 2б гр.зд.

Задача №6

Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (Нб 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов - 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51

см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавшими комочками. В неврологическом статусе - крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было.

Дополнительные данные исследования к задаче №6

Общий анализ крови: НЬ - 192 г/л, Эр - $5,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,98, Лейк - $12,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 29%, м - 3%, СОЭ - 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62,0 г/л, билирубин: непрямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 3,3 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л, фосфор - 2,32 ммоль/л.

Нейросонограмма в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма - 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа - 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Задание к задаче №6

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Каковы особенности гематоэнцефалического барьера у новорожденного?
5. Какие компенсаторные механизмы развиваются при острой гипоксии у новорожденного?
6. Назовите состав спинномозговой жидкости новорожденного.
7. Нуждается ли данный больной в консультации окулиста? Если «да», то какие изменения возможны?
8. Назначьте лечение.
9. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга.
10. Каков прогноз для данного больного?

11. В наблюдении каких, специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара?

12. Назовите основные причины неонатальных судорог.

Ответ к задаче №6

1. Диагноз: Церебральная ишемия. ВЖК 2 степени. Вторичный менингит.

2. Дополнительные обследования: спино-мозговая пункция: увеличение давления ликвора, ув. содержания эритроцитов, лейкоцитов, белка.

3. Способствующие факторы: токсикоз в I триместре, анемия во 2 триместре, угроза прерывания, слабость род деятельности => гипоксия плода.

4. Особенности ГЭБ у новорожденных: ЦНС - кровоснабжение лучше, а отток хуже (аккумуляция токсинов при различных заболеваниях + увеличение проницаемости ГЭБ - часто нейротоксикозы), +повышение чувствительности вещества головного мозга к повышению внутричерепного давления (быстрая атрофия и гибель коры при длительной гипертензии, быстро возникает отек – судороги - кома).

5. Компенсаторные возможности при острой гипоксии у новорожденных: централизация кровотока (увеличение кровотока в мозге, сердце, надпочечниках, сокращение кровотока в почках, легких, кишечнике).

6. Состав спино-мозговой жидкости у новорожденных: общее кол-во клеток $3 \times 3 - 30 \times 0$ в мм³, в основном лимфоциты, немного моноцитов. Общ белок 40-80 мг%, альбумины 25-56 мг%, глобулины 14-30 мг%, альбум\глобул=0,4-0,6, р-ция Панди (+) до (++) , сахар 30-70 мг%, Cl-640-720 мг%, проницаемость повышена.

7. Окулист: нужен, при отеке головного мозга – отек соска зрительного нерва, кровоизлияния в сетчатку глаза.

8. Лечение: охранительный режим, монитор основных параметров жизнедеятельности (АД, ЧСС, ЧДД, КОС, Нt, глюкоза), фенobarбитал, фуросемид, трентал.

Лечение гипоксии, гиперкапнии, ацидоза, гипокалиемии.

9. Препараты, используемые для лечения отека мозга: дегидратация: маннитол 0,25-0,5 г\кг 10% в\в, капельно, однократно, салуретики (лазикс, фуросемид) не ранее 2ых сут.ж ., парацетам, ноотропил (оптимизация церебральной гемодинамики и внутричерепного давления), кавентон.

11. Специалисты: невролог, офтальмолог.

12. Причины неонатальных судорог: перинатальная асфиксия, внутричерепное кровоизлияние, доброкачественная семейная эпилепсия, туберозный склероз, синдром абстиненции, врожденные аномалии обмена веществ (болезнь кленового сиропа и др.).

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания форм контроля.

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	------------------------------------------------------------------------------	--	--

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ФОРМА БИЛЕТА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

проректор по последипломному
образованию Рост ГМУ, д.м.н.
профессор М.Ф. Черкасов
«__» _____ 20__ г.

Государственная итоговая аттестация по программе
ординатуры по специальности
31.08.18 «Неонатология».

БИЛЕТ №

1. Документы, регламентирующие деятельность в области охраны материнства и детства в России. Организация лечебно-профилактической помощи беременным женщинам.
2. Анатомо-физиологические особенности внутриутробного развития плода. Иммунологические взаимоотношения матери и плода.

3. Оценка состояния новорожденных при рождении. Шкала Апгар. Шкалы Сильвермана, Даунса. Оценка гестационного возраста и морфофункциональной зрелости новорожденного.

4. Инфекционные поражения легких Пневмонии. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.

Задача.

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортом при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. 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 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

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

Дополнительные данные исследования к задаче

При дополнительном обследовании: *билирубин пуповинной крови* составил 105 мкмоль/л.

В *биохимическом анализе крови* новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.

НБ периферической крови, определенный по cito, 149 г/л.

Задание к задаче

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?
5. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости?
6. Каков патогенез настоящего заболевания?
7. Какие группы крови Вы знаете?
8. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
9. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?
10. Назначьте и обоснуйте лечение.

11. Как должен вскармливаться этот ребенок?
12. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
13. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
14. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?
15. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?

Руководитель ООП, д.м.н., профессор _____ Летифов Г.М.