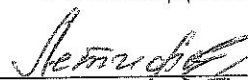


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ



Руководитель ООП

по программе ординатуры

31.08.18 «Неонатология»

д.м.н., профессор Летилов Г.М.

«29» 08 2023

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

**ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ - ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.18 «Неонатология»

Квалификация выпускника: врач-неонатолог

Форма обучения: очная

Курс:2

Семестр:4

**Ростов-на-Дону
2023**

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.18 «Неонатология»
рассмотрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии

Протокол от 27.03.2023 № 3

Председатель заседания, д.м.н., профессор Летифов 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):

- ✓ Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);
- ✓ Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им (УК-2);
- ✓ Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3);
- ✓ Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности (УК-4);
- ✓ Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории (УК-5).

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

Общепрофессиональные компетенции (далее – ОПК):

- ✓ Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности (ОПК-1);
- ✓ Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ОПК-2);
- ✓ Способен осуществлять педагогическую деятельность (ОПК-3);
- ✓ Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4);
- ✓ Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5);
- ✓ Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (ОПК-6);
- ✓ Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу (ОПК-7);

- ✓ Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8);
- ✓ Способен проводить анализ медико-статистической информации вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (ОПК-9);
- ✓ Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-10).

Выпускник программы ординатуры должен обладать следующими профессиональными компетенциями:

Профессиональные компетенции (далее – ПК):

- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале). Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей (ПК-2);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи в экстренной форме (ПК-3).

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.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.18 Неонатология путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
	1. Интранатальная асфиксия: этиологические факторы, патогенез полисистемного действия, диагностика, клинические проявления.	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3.
	2. Мальчик А. родился от первой беременности, первых родов при сроке гестации 34 недели с массой тела 2300,0 г и длиной 45 см. Матери 22 года, студентка, во время беременности интенсивно занималась, отдыхала и гуляла на свежем воздухе мало. Женскую консультацию не посещала. Во 2-й половине беременности появились отёки на ногах. Мать перенесла ОРВИ (температура, катаральные явления) при сроке гестации 28-29 недель, лечение симптоматическое. Состояние ребёнка при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Закричал после отсасывания слизи, применения кислорода. Отмечались цианоз кожи, общая вялость, снижение рефлексов. В последующие дни состояние несколько улучшилось. К груди приложен на 3 день, сосал удовлетворительно. Потеря	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3.

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

	<p>массы тела к 3 дню жизни составила 300,0 г. Культия пуповины отпала на 5 день жизни.</p> <p>На 6 день ребёнок стал более вялым, поперхивался во время кормления, после кормления синел, дыхание стало неравномерным с частыми апноэ.</p> <p>В возрасте 7 дней мальчик переведён в отделение 2-го этапа выхаживания недоношенных детей в тяжёлом состоянии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз можно поставить ребёнку при рождении? 2. О присоединении какого заболевания на 6 день жизни можно думать? 3. Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза? 4. Ваша терапевтическая тактика. 5. Назовите мероприятия по уходу и вскармливанию ребёнка. 	
--	--	--

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.

		<p>7. Младенческая смертность и факторы, ее определяющие.</p> <p>8. Характеристика современного контингента рожаящих женщин. Социальные факторы здоровья беременных женщин.</p> <p>9. Структура перинатальной смертности (антенатальная, интранатальная и ранняя неонатальная). Мертворождаемость.</p> <p>10. Факторы, влияющие на здоровье плода и новорожденного. Методы проведения анализа перинатальной смертности. Основные пути 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</p>
--	--	---

		тайна. 18. Группы инвалидности, критерии их установления. Причины инвалидности.
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»	<p>1. Физиологические роды. Биомеханизм родов. Современные методы наблюдения и оценки состояния плода в родах.</p> <p>2. Физиологические роды. Адаптация плода в интранатальном периоде.</p> <p>3. Патология интранатального периода и ее влияние на плод. Аномалии родовой деятельности. Акушерские и оперативные вмешательства в процессе родов.</p> <p>4. Гипоксия плода в родах. Асфиксия. Сердечно-легочная реанимация новорожденного.</p> <p>5. Родовая травма при естественных родах и при оперативном родоразрешении.</p> <p>6. Первичный туалет новорожденного. Методы обработки пуповины.</p> <p>7. Оценка состояния новорожденных. Шкала Апгар, Сильвермана, Даунса. Оценка гестационного возраста, морфофункциональной зрелости и состояния органов и систем новорожденного.</p>
4	«ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО»	<p>1. Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка. Особенности адаптации новорожденного.</p>

		<p>2. Особенности строения кожи и подкожно-жировой клетчатки. Оценка состояния пупочной ранки и методы ее обработки.</p> <p>3. Особенности центральной нервной системы у доношенного новорожденного. Оценка неврологического статуса.</p> <p>4. Анатомо-физиологические особенности органов кровообращения доношенного ребенка. Становление кровообращения в постнатальном периоде. Переходное кровообращение.</p> <p>5. Уход за новорожденным ребенком. 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</p>
--	--	--

		<p>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</p>

	<p>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, 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. Внутричерепные 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>
--	---

19. Гипогликемический синдром.

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.

21. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Показания к проведению. Режимы ИВЛ. Критерии перевода новорожденного ребенка на спонтанное дыхание. Возможные нежелательные эффекты искусственной вентиляции легких.

22. Заместительная терапия экзогенными сурфактантами. Показания к терапии. Виды сурфактантов. Методы введения.

23. Инфузионная терапия. Расчет парентерального питания новорожденных.

24. Операция заменного переливания крови (ЗПК). Показания и техника выполнения.

25. Методика проведения люмбальной пункции, вентрикулярная пункции. Катетеризация мочевого пузыря.

26. Оценка специальных методов исследования при неотложных состояниях у новорожденных (общие принципы рентгенодиагностики, общие принципы ультразвуковой диагностики, функциональные методы исследования).

27. Диагностика и неотложные мероприятия при врожденных пороках развития, обуславливающих синдром асфиксии у новорожденных.

28. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта. Диагностика и неотложные мероприятия. Сроки проведения хирургической коррекции.

29. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки. Диагностика и неотложные мероприятия. Сроки проведения хирургической коррекции.

		<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

Ребенок (девочка) от первой беременности, матери 22 года. Из анамнеза известно, что женщина страдает хроническим тонзиллитом, язвой 12-перстной кишки, эрозией шейки матки.

В сроке беременности 11-12 недель выявлены инфекция мочевыводящих путей, кандидозный кольпит, проводилось лечение. Во II триместре беременности выявлен и пролечен уреоплазмоз.

Роды на 41-42 неделе, отмечались признаки хронической гипоксии плода, слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода. Произведено кесарево сечение. При осмотре плаценты выявлены дегенеративные изменения. Околоплодные воды густо мекониальные.

Ребенок извлечен с массой тела 2800 г, длиной тела 54 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. При первичном осмотре состояние крайне тяжелое, без дыхания, с редким сердцебиением. Проводились реанимационные мероприятия: санация ротоглотки, интубация трахеи. При санации трахеи получен меконий. ИВЛ мешком Амбу. В легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Переведена в ПИТ в первые сутки жизни на аппарат ИВЛ. Отмечалась клиника шока. Поставлен пупочный катетер, титровался дофамин.

Состояние стало стабильнее. Не кормилась до 4 суток жизни, затем питание через зонд, усваивала. При переводе в стационар состояние с улучшением: на вспомогательной вентиляции, при самостоятельном дыхании отмечалось втяжение грудины и межреберий, на высоте вдоха влажные хрипы.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите причины, способствовавшие развитию данной патологии.
3. Назначьте лечение.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие осложнения могут возникнуть со стороны легочной системы?
7. Какова должна быть дальнейшая тактика ведения ребенка?
8. Какой прогноз в данном случае?

ЗАДАЧА № 2

У ребёнка 6 часов жизни, родившегося с массой 3800,0 г, длиной 56 см, отмечается СДР. Проводится СДППД с содержанием O₂ - 70%, давлением на конце выдоха 8 см водного столба. Объективно: общее состояние тяжёлое, крик глухой, мышечный тонус снижен, физиологические рефлексы угнетены. Кожа бледная, акроцианоз, периоральный цианоз. На губах пенистое отделяемое, грудная клетка резко вздута. Значительное втяжение уступчивых мест на вдохе. ЧД- 72 в мин. Перкуторно в лёгких коробочный звук. Аускультативно: проводные сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. ЧСС - 140 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, печень + 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Кормление через зонд. Периодически срыгивает. Из желудка по зонду аспирируется содержимое с примесью мекония.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите степень тяжести респираторного дистресса. По каким данным Вы ориентировались и какой шкалой пользовались при оценке степени тяжести?
3. Какие данные анамнеза помогут уточнить причину респираторного дистресса?
4. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
5. Сформулируйте окончательный диагноз.
6. Тактика дальнейшего лечения.

ЗАДАЧА № 3

Ребёнок женского пола родился от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом 2 половины, 1-х преждевременных родов при сроке гестации 32 недели, с массой тела 2100,0 г. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов.

На 4-й день жизни на коже в области икроножных мышц, стоп, лобковой области появилась пастозность, кожа холодная на ощупь, при надавливании остаётся углубление, кожа бледная с цианотичным оттенком. Температура тела понижена, вялый, плохо сосет грудь.

1. Ваш диагноз.
2. Каковы причины развившегося патологического состояния?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Тактика лечебных мероприятий.

ЗАДАЧА № 4

У доношенной девочки в возрасте 2,5 суток появилась рвота с примесью алой крови. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. Слизистые бледные. Поза флексии. Тонус мышц и физиологические рефлексы умеренно снижены. Дыхание поверхностное, ЧД - 36 в 1 мин. Грудная клетка обычной формы. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, чистые, ЧСС - 144 в мин. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации. Печень + 1 см. Селезёнка не пальпируется. Отходит меконий тёмного цвета. Мочилась. При исследовании гематологических показателей выявлено: Hb - 90 г/л, Ht - 43%, группа крови A(II).

Анамнез: мать 26 лет, соматически здорова. Беременность 1, протекала на фоне нефропатии 1 ст. Роды в срок, без осложнений. Первый период - 5 ч.30 мин., второй - 20 мин., безводный промежуток 3 часа. Родилась без асфиксии. Масса 2900,0 г, длина 45 см. К груди приложена через 6 часов, сосёт активно. В первые двое суток патология не выявлялась.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо срочно провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Ваша терапевтическая тактика.

ЗАДАЧА № 5

Новорожденная девочка от 4 беременности на фоне гестоза с 38 недель. Матери 36 лет, в анамнезе 1 срочные роды, 2 прерывания (1- по желанию, 2 - по медицинским показаниям: анэнцефалия плода). В 39 недель - ОРЗ, субфебрилитет 3 дня. Родилась в срок 40 недель гестации. Слабость родовой деятельности - окситоцин. 1 период - 14 час., 2-й - 15 мин., безводный – 10 час., преждевременное излитие околоплодных вод, воды зеленые, послед с многочисленными петрификатами.

Ребенок при рождении не кричит, поза лягушки, кожа цианотичная, при санации - меконияльные воды, на введение зонда реагирует гримасой, самостоятельного дыхания нет, ЧСС-120. Масса - 3200,0 г, длина-51 см, окружность головы – 36 см, окружность грудной клетки -35 см. Осмотр: полное завивание ребра ушной раковины, хрящ плотный, мягкая при сгибании в исходное положение, сосок хорошо виден, ареола над кожей, диаметр грудной железы – 11 мм, на животе крупные вены, ногти на руках переросли края пальцев, подошвы с выраженной поперечной исчерченностью, лануго скудное, покрывает верхнюю часть спинки, кожа эластичная, тургор хороший.

ОАК (1-е сутки): Нв-221 г/л, Эр - $6,5 \times 10^{12}/л$, цв.п.-0,97, лейкоциты - $19,0 \times 10^9/л$, пал. - 6%, с - 56%, э - 1%, лимф. - 30%, базоф. - 1%, мон. - 6%, СОЭ - 2 мм/час. За 1-4 сутки значительная мышечная гипотония, снижение двигательной активности, ребенок немного срыгивал.

Нейросонография (4-е сутки): киста сосудистого сплетения справа – 3 мм, умеренно повышенная эхогенность перивентрикулярных областей.

1. Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар.
2. Ваш диагноз.
3. Интерпретируйте данные нейросонографии.
4. Группа здоровья, группа риска.

ЗАДАЧА № 6

Недоношенная девочка в возрасте 3 часов, родилась второй из однойцевой двойни (первый плод с массой тела 1300,0 умер в родзале) от 1-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 1 и 3 триместрах при сроке беременности 36 недель. 1 период родов - 4 часа, второй 30 мин. Безводный период 10 мин. Родители здоровы, матери 18 лет.

Масса тела при рождении 2700,0 г, длина 47 см. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов, по шкале Сильвермана - 5 баллов. Крик болезненный, слабый, стонет. Кожные покровы багрово-цианотичные, общая пастозность кожи и подкожной клетчатки. Слизистые цианотичные, поза полуфлексии. Активных движений мало. На губах пенное отделяемое. Тонус мышц снижен. Физиологические рефлексы вызываются, но быстро угасают. Телосложение правильное. Костная система без патологии. Грудная клетка вздута в передних отделах. Во время вдоха втяжение межреберий и грудины. Укорочение перкуторного звука над легкими в нижнезадних отделах. Дыхание ослаблено, в нижние отделы проводится. На глубине вдоха выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Частота дыхания 68 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС - 142 в 1 мин. Печень +2.5 см, плотноватая, меконий отходит. Мочилась.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Патогенез нарушений, возникших у ребенка.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Необходимые дополнительные обследования и ожидаемые результаты.
5. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
6. Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 7

Ребенок от III беременности, II срочных родов. Беременность протекала с угрозой прерывания в 10, 20 и 36 недель, лечилась в стационаре. При сроке 30 недель обострение бронхиальной астмы, которой женщина страдает с детства. Неоднократно лечилась преднизолоном.

Масса ребенка при рождении 2800,0 г, длина 49 см. Закричал сразу, к груди приложен через 6 часов. Сосал активно. С 2-х недельного возраста переведен на искусственное вскармливание.

Заболел в возрасте 3-х недель, когда появились вялость, отказ от еды, рвота фонтаном после каждого кормления, потеря массы тела, появление мраморности кожных покровов, общего цианоза, полиурии, ССН, ДН, жидкого стула до 5 раз однородной консистенции без патологических примесей. Сразу госпитализирован в ОПН.

При обследовании в первые сутки выявлена сухость кожных покровов, снижение тонуса мышц, гипорефлексия, глухость сердечных тонов. Содержание натрия 115 ммоль/л, калия 6,8 ммоль/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования. Ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения больного?

ЗАДАЧА № 8

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с токсоплазмозом 2-й половины, I срочных родов. В 1-й половине беременности мать перенесла ОРВИ, к врачу не обращалась. Ребёнок извлечён путём операции кесарева сечения (слабость родовой деятельности, равномерно суженный таз).

Масса тела при рождении 3300,0 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 2-4 балла. В родзале проводились реанимационные мероприятия.

В дальнейшем у ребёнка отмечались: акроцианоз, цианоз кожных покровов, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, сглаженность межрёберных промежутков, притупление перкуторного звука над левой половиной грудной клетки, при аускультации слева дыхание резко ослабленное.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Каковы причины развившегося патологического состояния?
4. Тактика лечения.
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

ЗАДАЧА № 9

Ребенок (девочка), 2-е суток 23 часа, родился от 1-й беременности, протекавшей без осложнений, 1-х родов на 41-42 неделе с оценкой по шкале Апгар 9-10 баллов в удовлетворительном состоянии с массой тела 4050,0 г и длиной 53 см. В конце 1-х суток появилась выраженная желтуха.

Проведено дополнительное обследование:

Группа крови матери 0 (I), Rh(+), ребенка - B(III) Rh(+).

В анализах крови: Эр- $5,9 \times 10^{12}/л$, Л- $7,0 \times 10^9/л$, Нб -174г/л. Билирубин в возрасте 40 часов -

общий - 255 мкмоль/л, неконъюгированный - 241,4 мкмоль/л, конъюгированный - 14,4 мкмоль/л.

В связи с гипербилирубинемией проведено заменное переливание крови. Введено 600 мл B(III) Rh(-) эритроцитной массы, заготовленной за 7 дней до

переливания. Кроме того, введено: 40 мл 20% р-ра альбумина, 6 мл 10% р-ра глюконата кальция с 30,0 мл 10% р-ром глюкозы. В конце операции в сосуды пуповины введено 350 мг клафорана. Билирубин до операции - 324 мкмоль/л, в конце - 85 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз.
2. Какова причина гипербилирубинемии?
3. Правильно ли проведено лечение?
4. О чем свидетельствуют цифры билирубина после операции заменного переливания крови?

ЗАДАЧА № 10

Доношенный ребенок с массой тела 4000,0 г, родился с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов. Акушерский анамнез: извлечен при помощи выходных акушерских щипцов, выведение плечиков затруднено.

При осмотре состояние тяжелое, выражены дыхательные расстройства, адинамия, мышечная атония, арефлексия, ноги отведены в бедрах, разогнуты, неподвижны. Рефлекс отдергивания ног выражен резко, не угасает. При проверке чувствительности со стопы нога сгибается и разгибается несколько раз во всех суставах (осциллирует). Безусловных рефлексов нет.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Каковы экстренные мероприятия?
3. Диагностическая и терапевтическая тактика неонатолога роддома.

ЗАДАЧА № 11

Недоношенная девочка с массой тела 2000 г, ростом 44 см родилась при сроке беременности 34 недели. Роды в ягодичном предлежании. Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов, на 5-ой минуте - 6 баллов. Состояние ребенка при рождении оценено как тяжелое, крик монотонный, средней силы. Двигательная активность снижена. Гипертонус мышц сгибателей. Отмечалась ригидность затылочных мышц, горизонтальный нистагм, симптом Грефе. Кожные покровы чистые, акроцианоз. Дыхание в легких проводится по всем полям, ослаблено. СДР - 4 балла по Даунс. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий. Меконий отошел.

На 2-е сутки жизни состояние новорожденного ухудшилось. Появились тонико-клонические судороги, напряжение родничка. Ребенок стал давать приступы апноэ. Появилось диффузное уплотнение кожи и подкожной клетчатки преимущественно на икроножных мышцах, бедрах, лице и туловище. Кожа холодная на ощупь, бледноватая с желтушным оттенком. Лицо маскообразное.

Проведено обследование новорожденного:

ОАК на 1-е сутки жизни: эритроциты - 4×10^{12} /л, гемоглобин - 140 г/л, ретикулоциты - 8%, тромбоциты - 300×10^9 /л, лейкоциты - 19×10^9 /л, миелоциты - 4%, юные - 2%, п/ядерные - 12%, с/ядерные - 54%, лимфоциты - 25%, моноциты - 3%, СОЭ - 6 мм/ч.

Нейросонография: расширение сильвиевых борозд, повышение общей эхогенности паренхимы мозга, массивное субарахноидальное кровоизлияние в области мозжечка.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Интерпретируйте данные параклинических исследований.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 12

Ребенок (мальчик) от 2-й беременности, протекающей с угрозой прерывания в 12-13, 25-26 нед. В 33 нед. - ОРВИ с подъемом температуры до $38,8^\circ$, катаральными проявлениями, лечилась отварами трав. Роды 2-е в 36 нед, родовое излитие светлых вод: 1

период – 8 часов, 2 – 20 мин., безводный период – 10 часов. Оценка по шкале Апгар 4-9 баллов. Масса – 2100,0, длина – 47 см, окружность головы – 32,5 см, окружность грудной клетки – 29 см. Приложен к груди в родзале, сосал вяло.

При осмотре: неполное завивание всего ребра ушной раковины, хрящ тонкий, при сгибании возвращается медленно в исходное положение, сосок виден ясно, ареола намечена, в диаметре грудная железа 7 мм, на животе вены с ответвлениями, ногти на руках до края, на подошвах исчерченность занимает 2/3, волосистой покров только на плечах, толщина кожной складки на пупке 3,5 мм. Складка на тыле кисти расправляется сразу, тургор значительно снижен, широкая переносица. Кожа розовая, акроцианоз, на лице - мелкоочечные кровоизлияния, на разгибательной поверхности правой руки, на спине - экхимозы 0,5 - 1 см в диаметре. Дыхание жесткое, ЧД в покое 65 в 1 мин. Тоны ритмичные, ЧСС-140 в 1 мин. Печень + 3 см, селезенка + 1 см.

В начале 2-х суток появилось желтушное прокрашивание лица, груди, живота, спины. При сосании нарастает цианоз носогубного треугольника, ребенок быстро устает.

ОАК: Эр.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв-155г/л, тромб.- $120 \times 10^9/л$, лейкоц.- $23 \times 10^9/л$, п-6%, с-49%, лимф.-27%, м-18%, общий билирубин - 190 мкмоль/л, прямой - 50 мкмоль/л.

Цитология мочи матери и ребенка: клетки с крупными ядрами и тонким слоем цитоплазмы.

НСГ: утолщение эндимы, расширение боковых желудочков до 7мм, линейные петрификаты в перивентрикулярной области.

Содержание иммуноглобулинов крови: Ig M - 0,3 г/л; Ig A - 0,05 г/л; Ig G - 12 г/л.

Свертываемость крови по Ли-Уайту - 8 минут.

На 6-е сутки переведен на второй этап выхаживания недоношенных детей.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика неонатолога роддома.
3. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
4. Назначьте лечение.
5. Можно ли прививать ребенка?
6. Оцените группу здоровья и группу риска.

ЗАДАЧА № 13

Новорожденный мальчик с массой тела 2250,0 г ростом 44 см родился от II беременности, II родов. Роды преждевременные в переднем виде затылочного предлежания при сроке беременности 35 недель. В анамнезе матери хронический пиелонефрит, анемия легкой степени. Беременность протекала с угрозой прерывания в 22 недели, нефропатией III ст. Ребенок извлечен кесаревым сечением, оценка по шкале Апгар 3-5 баллов.

Состояние ребенка оценено как тяжелое, реакция на осмотр снижена, мышечная гипотония. Умеренный акроцианоз, цианоз носогубного треугольника. На губах пенистые выделения. При дыхании раздувание крыльев носа, легкое втяжение межреберий на вдохе. ЧД - 64 в 1 мин. При аускультации грудной клетки слышны экспираторные шумы. Ритм сердца правильный, ЧСС - 160 в 1 мин.

В динамике патологические симптомы нарастают, появилось заметное западение мечевидного отростка грудины на вдохе, усилился акроцианоз, более выраженными стали мышечная гипотония, гипорефлексия.

На рентгенограмме органов грудной клетки: помутнение легочной ткани в области корней легких, сетчатозернистый рисунок в виде "сот".

Общий анализ крови: гемоглобин- 200 г/л, эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 70%, лимфоциты - 16%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Оцените данные общего анализа крови и рентгенограммы органов грудной клетки.
3. Какие патологические процессы в легких приводят к данной патологии?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования?
6. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 14

Новорожденный (девочка) от первой беременности, протекавшей с токсикозом 1-й и 2-й половины, в сроке 5 недель гестации мать перенесла ОРВИ с подъемом температуры, от первых срочных родов. Состояние ребенка при рождении оценено как удовлетворительное, масса при рождении 3200,0 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

К концу вторых суток состояние ребенка ухудшилось: стал вяло сосать, с перерывами, после кормления и при беспокойстве появились бледность кожных покровов с «мраморным» рисунком, одышка до 80 - 100 в 1 мин. Со стороны лёгких патологические отклонения не выявлены. Частота сердечных сокращений подсчету не подлежит, ритм «галопа», выслушивается систолический шум слева у верхнего края грудины и на спине в межлопаточном пространстве. Живот мягкий, печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка + 1,5-2 см.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие обследования подтвердят диагноз?
4. Назовите комплекс неотложных мер, которые необходимо провести.
5. Дальнейшая тактика ведения ребенка.

ЗАДАЧА № 15

Ребенку 11 дней. Выписан из роддома на 10-й день. Данные анамнеза: беременность протекала с токсикозом 2-й половины, на 30 неделе беременности мать перенесла грипп. Роды срочные, с длительным безводным периодом (18 часов). Родился ребенок с оценкой по шкале Апгар 4-7 баллов, массой 3600,0 г, длиной 51 см.

Спустя 6 часов после рождения у ребенка отмечались однократно кратковременные судороги. К груди приложен на 4-е сутки, сосал вяло. Выписан на 10 сутки с массой тела 3200,0 г.

При первичном патронаже состояние средней тяжести, повышение мышечного тонуса, тремор рук, усилен рефлекс Моро, нистагм.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите характерные клинические симптомы заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какие обследования необходимо провести ребёнку?
5. Ваша тактика лечения.

ЗАДАЧА № 16

Мальчик К., 2 недели. Родился от 2-й беременности, 1-х срочных родов. Данные анамнеза: угроза прерывания беременности при сроке 34 недели, не лечилась. Безводный период 12 часов, продолжительность родов 3,5 часа. Ребёнок родился с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов, массой тела 3700,0 г, длиной 53 см.

Через 6 часов после рождения появился тремор конечностей, непостоянный горизонтальный нистагм, общее беспокойство, большой родничок 2х2 см на уровне

костей черепа, несколько напряжен. Нахождение костей черепа друг на друга. К груди приложен на 4-е сутки, сосал вяло. Рвоты и срыгиваний не было.

Сделана прививка БЦЖ на 5-й день жизни. Выписан на 9-е сутки домой с массой 3550,0.

При осмотре состояние средней тяжести, ребенок беспокоится часто без видимой причины, повышен тонус сгибателей верхних и нижних конечностей, синдром Грефе, спонтанный тремор верхних конечностей, стереотипные движения языком, грудь сосет очень вяло. Со стороны внутренних органов без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Объем диагностических мероприятий.
3. Тактика ведения больного.

ЗАДАЧА № 17

Ребенок (мальчик) от I-й беременности, осложненной гестозом (водянкой), I-х срочных родов родился с массой 3700,0 г, длиной 54 см, с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов.

С первых суток у ребенка отмечалось беспокойство, при осмотре высокие сухожильные рефлексы, тремор рук и подбородка на фоне возбуждения, периодическое срыгивание небольшими порциями окоплодных вод и свернувшимся молоком. На 3-е сутки на пеленке обнаружена небольшая порция темного стула. На 4-е сутки - стул частыми обильными порциями через 20-30 мин. темного цвета со свежей пенистой кровью и обильная рвота алой кровью со сгустками.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования? Ожидаемые результаты.
3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 18

Ребенок (девочка) родилась у женщины 28 лет от 3-й беременности (ЭКО), две предыдущих – внематочные (у женщины трубное бесплодие). Беременность протекала с угрозой выкидыша в 13 недель, лечилась стационарно. Диагностирован и пролечен лимфаденит. У матери во время беременности отмечались лимфаденит, анемия (пролечена амбулаторно). На фоне хронической гипоксии плода при ножном предлежании произведено кесарево сечение в сроке 31-32 недели беременности, извлечение за ножку.

Состояние при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 3 - 5 баллов, по шкале Даунс – 6 баллов, постанывал. Масса тела 1750,0 г, длина – 43 см, окр. головы – 29 см, окр. груди – 27 см. В легких выслушивались крепитирующие хрипы. Переведен в ПИТ. Состояние оставалось тяжелым, отмечалась кислородная зависимость, выражены признаки дыхательной недостаточности. Периодически беспокоилась, срыгивала, отмечалось вздутие живота. Вскармливание через зонд смесью по 5-10 мл. Получала оксигенотерапию, гемостатическую, инфузионную и антибактериальную терапию.

На 3 сутки жизни состояние ухудшилось: стала более вялой, появились кратковременные апноэ, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены, в легких - масса разнокалиберных влажных хрипов, развился геморрагический синдром в виде кровянистого отделяемого из носовых ходов, пенистых выделений изо рта, окрашенных кровью. Переведен на масочную подачу кислорода.

Анализ крови: Hb – 153 г/л, Эр – $4,8 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $5,8 \times 10^9/л$, Ht – 45%, билирубин общий – 34 мкмоль/л, свободный – 28 мкмоль/л.

Анализ мочи: следы белка, лейкоциты 4-5 в поле зрения.

Rg-грамма органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности легочных полей, «размытый» легочный рисунок.

Нейросонография: эхонегативные образования в сосудистых сплетениях боковых желудочков.

Проводился мониторинг сатурации, диуреза (за время наблюдения диурез достаточный).

По экстренным показаниям перелита свежзамороженная плазма.

Переведена выездной бригадой реанимации в ОРИТ детской больницы в очень тяжелом состоянии.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Оцените анализы крови, мочи, Rg-грамму органов грудной клетки и нейросонограмму.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 19

Мальчик А. родился от первой беременности, первых родов при сроке гестации 34 недели с массой тела 2300,0 г и длиной 45 см. Матери 22 года, студентка, во время беременности интенсивно занималась, отдыхала и гуляла на свежем воздухе мало. Женскую консультацию не посещала. Во 2-й половине беременности появились отёки на ногах. Мать перенесла ОРВИ (температура, катаральные явления) при сроке гестации 28-29 недель, лечение симптоматическое.

Состояние ребёнка при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Закричал после отсасывания слизи, применения кислорода. Отмечались цианоз кожи, общая вялость, снижение рефлексов.

В последующие дни состояние несколько улучшилось. К груди приложен на 3 день, сосал удовлетворительно. Потеря массы тела к 3 дню жизни составила 300,0 г. Культия пуповины отпала на 5 день жизни.

На 6 день ребёнок стал более вялым, поёхивался во время кормления, после кормления синел, дыхание стало неравномерным с частыми апноэ.

В возрасте 7 дней мальчик переведён в отделение 2-го этапа выхаживания недоношенных детей в тяжёлом состоянии.

6. Какой диагноз можно поставить ребёнку при рождении?
7. О присоединении какого заболевания на 6 день жизни можно думать?
8. Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?
9. Ваша терапевтическая тактика.
10. Назовите мероприятия по уходу и вскармливанию ребёнка.

ЗАДАЧА № 20

Ребенок (девочка) родился от 1-й беременности (на учёте не состояла, не обследовалась) и 1-х преждевременных родов при сроке гестации 29-30 недель. Родители здоровы, матери 16 лет, отцу – 18 лет. I-й период родов - 3 часа, II-й - 15 мин., безводный период - 20 часов. Масса тела при рождении 1200,0г, длина 36 см, окружность головы - 27 см, окружность груди - 26 см. Оценка по шкале Апгар 2-4 балла, по шкале Даунс - 6 баллов. Проведены реанимационные мероприятия.

При осмотре через 15 минут после рождения состояние тяжелое, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, вялость, адинамия, поза «лягушки», гипотония всех групп мышц, рефлексы не вызываются. Грудная клетка мягкая, податливая, втяжение межреберий, грудины во время вдоха. Перкуторно над легкими звук укорочен, аускультативно - дыхание ослаблено в верхних отделах, в нижних не проводится, непостоянная крепитация в верхнебоковых отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены, печень и селезенка не пальпируются. Обильно отходит меконий, не мочился.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. План обследования.
4. Тактика лечения.
5. Уход и режим кормления.

ЗАДАЧА № 21

Ребенок (мальчик) от 3-й беременности (1-медаборт, 2– самопроизвольный выкидыш за 1 год до настоящей беременности). Матери 24 года, страдает аднекситом. Отец здоров. Беременность у женщины протекала с угрозой прерывания в первой половине, в 25 недель – ОРВИ с температурой 37,2-37,5°, лечение амбулаторное. Роды 1-е при сроке гестации 35-36 недель. I-й период родов - 6 часов, 2-й – 15 мин. Безводные промежутки 12 часов, воды светлые. Оценка новорождённого по шкале Апгар 6-7 баллов, масса тела 1800,0 г, длина 44 см, окружность груди 31 см, окружность головы 32 см. Степень зрелости соответствует 34-35 неделям. При осмотре через 15 мин состояние средней тяжести: несколько вялый, умеренно снижен мышечный тонус, рефлексы вызываются, но быстро угасают. Дыхание несколько ослаблено, ЧД-46 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-124 в мин. Живот мягкий, печень +1 см, край мягкий, эластичный; селезенка не пальпируется, отошел меконий.

За время наблюдения в течении 6 дней состояние улучшилось, стал более активным: сосет активно, однако тепло удерживает плохо, при осмотре быстро охлаждается. Пуповина отпала на 6-е сутки, пупочная ранка широкая, плохо эпителизируется, пупочное кольцо отечное, гиперемировано. Потеря в массе составила 150,0 г.

На 7-е сутки состояние ухудшилось, появилась бледность кожных покровов, стал плохо сосать. Со стороны внутренних органов изменений не отмечалось.

Группа крови ребенка А(II) Rh(+), матери 0(I) Rh(+).

1. С каким диагнозом ребенок наблюдался в роддоме?
2. Какое лечение должен был получить?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Тактика неонатолога роддома.

ЗАДАЧА № 22

Девочка от 3 беременности. Матери 26 лет, рост 162 см, вес - 48 кг. Прибавка веса за беременность – 5 кг. Беременность на фоне токсикоза 1 триместра, нефропатии. У матери - ВСД по гипотоническому типу. Роды 3-и, в сроке 40 недель гестации со слабостью родовой деятельностью, окситоцин. 1 период-12 мин., 2-25 мин., безводный-10 часов, воды светлые, послед маленький с жировым отложением, отправлен на гистологию, пуповина короткая тощая.

Масса ребёнка при рождении 1800,0, длина – 48 см, окружность головы - 35 см, окружность грудной клетки - 30 см. После рождения закричал сразу, крик громкий, выраженный акроцианоз, полуфлексия, при санации ротоглотки - крик, чихание. Дыхание ровное ЧД - 48 в 1 мин., ЧСС-152 в 1 мин. При осмотре: полное завивание ушной раковины. Хрящ плотный, при сгибании в исходное положение, сосок хорошо виден, ареола приподнимается над кожей, диаметр грудной железы – 12 мм. На животе вены с ответвлениями (не самые тонкие), ногти переросли края пальцев, на подошвах много поперечных борозд, редкое лануго, кожа пониженной эластичности, тургор снижен, толщина складки около пупка - 3мм. Ребенок быстро охлаждается.

В последующие двое суток срыгивал, тремор кистей рук и подбородка, на 3-и сутки - желтуха. Уровень непрямого билирубина (на 5-е сутки) – 240 мкмоль/л.

1. Дайте оценку состояния ребёнка по шкале Апгар.
2. Ваш диагноз.

3. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 23

Ребенок родился от II беременности у женщины с болезнью Верльгофа. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 16 неделе. Настоящая беременность протекала с токсикозом I половины беременности.

Масса ребенка при рождении 3200,0 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. При осмотре обнаружена кефалогематома затылочной области, умеренно подкравливал пупочный остаток.

На 2-е сутки жизни у ребенка появились петехиальные высыпания по всей поверхности тела, экхимозы.

ОАК (2-е сутки): Hb-140 г/л, Эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $140 \times 10^9/л$.

Проведен антигеморрагический комплекс лечебных мероприятий.

ОАК (4-е сутки): Hb-138 г/л, Эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $15 \times 10^9/л$.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика лечения и дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА № 24

Новорожденная (девочка) от 4-й беременности, 2-х родов. Первые 2 беременности – медицинские аборт. После 2-го аборта - лечение эндометрита. В анамнезе - 1 преждевременные роды. Во время настоящей беременности - угроза прерывания в 8-9 и 17-18, 24-25 недели (от стационара отказывалась), умеренная анемия с ранних сроков. Матери 22 года, курит, беременность нежеланная. Роды в 32 недели, воды зеленые, 1 период – 5 часов, 2-й – 20 мин., безводный - 6 часов.

Девочка родилась с массой тела - 1200,0 г, длиной - 38 см, окружн. головы – 29 см, окружн. грудной клетки – 27 см. Состояние ребёнка при рождении тяжелое крик слабый, неохотный. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 120 в 1 мин., полуфлексия, акроцианоз, при санации верхних дыхательных путей - слабое чихание. После мероприятий - умеренный акроцианоз.

При осмотре: неполное завивание части ребра ушной раковины, мягкая при сгибании в исходное положении. Сосок едва заметен, ареола не выражена, диаметр грудной железы – 4 мм, на животе вены с ответвлениями, ногти на руках до края пальцев, на подошвах 1 поперечная борозда, лануго густое покрывает туловище и конечности. Кожа пониженной эластичности, тургор снижен. П/ж слой на пупке – 2 мм.

Через 5 часов после рождения состояние тяжелое. Стонет, кожа с выраженным периоральным и акроцианозом, общая пастозность тканей. Пенистые выделения изо рта. Ребенок вялый. Не кричит, мышечная гипотония, самостоятельные движения минимальные, ЧД - 76 в 1 мин., умеренно втягиваются межреберья, мечевидный отросток, раздувание крыльев носа, стонущий выдох, дыхание ослабленное больше в нижних отделах, единичные непостоянные влажные хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 150 в 1

мин. Печень +2 см, селезёнка не пальпируется. Ребёнок быстро охлаждается.

Рентгенография органов грудной клетки: размеры легочных полей уменьшены, понижена пневматизация.

1. Оцените состояние ребёнка по шкале Апгар и шкале Даунс.
2. Ваш диагноз.
3. В какие сроки у плода начинает вырабатываться сурфактант?
4. Профилактические мероприятия данной патологии у недоношенного ребёнка.
5. Назначьте лечение.

6. Дальнейшая тактика по уходу и вскармливанию.

ЗАДАЧА №25

Ребенок (мальчик) от 1-й беременности, протекавшей с гестозом первой половины в течение двух недель. Во второй половине беременности отмечалась избыточная прибавка в массе тела, отеки нижних конечностей. Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Эпизиотомия не проводилась. Родостимуляция окситоцином.

Ребенок родился с массой тела 4500 г, длиной тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6 - 7 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Плацента увеличена в размерах, рыхлая.

При осмотре ребёнка состояние средней тяжести. На манипуляции реагирует вяло. Мышечный тонус снижен. Безусловные рефлексы угнетены. При пальпации ключиц справа определяется припухлость, крепитация. Правое надплечье короче левого. Правую руку шадит.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
3. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие необходимы дополнительные методы обследования и консультации специалистов?

ЗАДАЧА № 26

Ребёнок женского пола от первой беременности и первых срочных родов родился с массой 3400,0 г, закричал сразу. В 3 триместре беременности мать болела тяжёлой ангиной с температурой до 39°. Безводный период 24 часа. Девочка приложена к груди через 12 часов. Культия пуповины отпала на 3 сутки. Выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии.

На 10 день жизни на коже вокруг рта появилось ограниченное покраснение, которое в течение последующих 2 дней приобрело багрово-синий оттенок с мокнутием посередине. Участковым педиатром ребёнок направлен в стационар.

Ребёнок поступил в отделение патологии новорождённых на 3-й день заболевания с выраженными явлениями интоксикации, температурой 39°. На коже лица и туловища на фоне гиперемии и мокнутия отмечаются трещины, отслаивание эпидермиса, видна тёмно-красная дерма. Положительный симптом Никольского.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какова причина развившегося патологического состояния?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
6. Ваша тактика лечения.

ЗАДАЧА № 27

Ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных родов. На 2-м месяце беременности мать перенесла острое респираторное заболевание. Ребенок родился доношенным с массой 3500,0 г, длиной 52 см, оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов.

С первых суток у ребенка отмечалась бледность кожных покровов, на 2-е сутки при беспокойстве появился периоральный цианоз и одышка до 76-78 в 1 мин. В легких перкуторно ясный легочный звук, аускультативно дыхание ослабленное везикулярное. Сердце: границы не расширены, систолический шум в IV точке и на верхушке сердца,

ЧСС – 164 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул без патологических отклонений, диурез адекватный.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести, ожидаемые результаты?
4. Ваши лечебные мероприятия и тактика ведения.
5. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?

ЗАДАЧА №28

Ребенок мужского пола родился от первой беременности в срок с массой тела 3200,0 г, длиной 51 см, оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен через 2 часа, грудь взял охотно, сосал активно. Выписан домой на 5-е сутки.

На 6-й день пребывания на участке появилось желтушное окрашивание кожи, интенсивность желтухи нарастала, увеличилась печень, ребёнок стал беспокойным. В последующие дни стал отказываться от груди, из рожка сосал вяло. На 14 день жизни ребёнок госпитализирован в ОПН с подозрением на синдром сгущения желчи.

При поступлении ребёнок пониженного состояния питания, вялый, тонус мышц снижен. Кожные покровы суховатые, склеры и кожа ярко-жёлтого цвета. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук, аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, ЧД - 40 в 1 мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке, ЧСС - 134 в 1 мин. Живот мягкий, умеренно вздут, венозной сети на животе нет. Печень выступает на 3,5 см из под края реберной дуги, селезёнка – на 3 см, эластичной консистенции. Окраска кала и мочи не изменена.

1. Ваш предварительный диагноз, его обоснование.
2. Необходимые дополнительные исследования и ожидаемые результаты.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 29

Мальчик 8 дней поступил в отделение II этапа выхаживания недоношенных детей из роддома в тяжелом состоянии: вялый, стонет, быстро охлаждается. Кожные покровы с «мраморным» рисунком и сероватым оттенком. Грудная клетка умеренно вздута. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком. На фоне жесткого дыхания в нижне-задних отделах легких выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Число дыханий – 54 в 1 мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС - 148 в 1 мин. Живот мягкий, печень +2 см край ее мягкий, селезенка не определяется. Пупочная ранка широкая со скудным серозным отделяемым, пупочное кольцо отечное, пупочные сосуды не пальпируются. Стул с примесью слизи и зелени до 6 раз в сутки. Мышечный тонус снижен. Вызываются рефлексы Бабкина, Робинзона, подошвенный, но быстро угасают. Голова правильной формы, большой родничок 2х2 см, малый-0,3х0,3 см. Швы пальпируются. Масса тела 1600,0 г.

Анамнез: ребенок от 4-й беременности (1-я беременность закончилась родами - девочка 5 лет здорова, 2 последующие – медабортами, последний осложнился аднекситом). В I-й половине настоящей беременности отмечался токсикоз, в 33-34 недели – ОРВИ. Роды 2-е преждевременные при сроке гестации 35-36 недель. Безводный период - 8 часов. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела при рождении 1800,0 г. В роддоме до 7 суток проводилась антигеморрагическая терапия, кювезный режим. Антибиотики не

назначались, оксигенотерапия не проводилась. Кормился из рожка со 2-х суток, норму высасывал. Ухудшение состояния наступило с 7 суток жизни.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Правильной ли была тактика лечения в роддоме?
4. Назначьте лечение.
5. Ваша тактика по уходу и вскармливанию.

ЗАДАЧА № 30

Ребёнку 3 недели. Родился в срок с массой 3200,0 г, длиной 50 см, закричал сразу. К груди приложен через 12 часов, сосал активно, в массе прибавил 500,0 г. 2 дня назад появилась рвота «фонтаном», накануне стал срыгивать почти после каждого кормления. 2-й день отмечается задержка стула. Аппетит сохранен.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
4. Врачебная тактика.

ЗАДАЧА № 31

У доношенного ребенка, родившегося в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов с массой 3200,0 и длиной 50 см у женщины с отягощенным акушерским анамнезом (угроза прерывания беременности в 17 и 25 недель беременности, хроническая гипоксия плода), к концу первого месяца жизни появились мраморность кожи, умеренный мышечный гипертонус, симптом Грефе, незначительное выбухание, необильные, но частые срыгивания. Со стороны внутренних органов без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
3. Назначьте лечение.
4. Каковы возможны ближайшие и отдалённые последствия заболевания?

ЗАДАЧА № 32

Доношенный мальчик от 1-й, нормально протекавшей беременности родился с массой 3350,0 г, длиной 54 см. Матери 22 года. У матери в анамнезе холецистит, хронический колит.

Ребенок родился в умеренной асфиксии (оценка по шкале Апгар 5-7 баллов) из-за обвития пуповины вокруг шеи. На вторые сутки жизни ребенка состояние удовлетворительное, приложен к груди, сосет активно, срыгивания нет.

На 3-и сутки жизни после отсечения пуповины отмечалось небольшое подкравливание пупочной ранки. Ранка затампонирована, наложена давящая повязка. Через 3 часа во время следующего пеленания медицинская сестра отметила, что повязка обильно промокла кровью, повторно затампонировала пупочную ранку, наложила повязку. Еще через 3 часа повязка вновь обильно промокла. Вызван врач.

Состояние ребенка средней тяжести, беспокоится. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, акроцианоз, кисти и стопы холодные на ощупь. Дыхание пуэрильное, ЧД - 62 в 1 мин., сердцебиение ритмичное, ЧСС - 170 в 1 минуту. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Пеленки сухие.

Общий анализ крови: гемоглобин 135 г/л, Ht - 33%, лейкоциты - $12,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 36%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%, тромбоциты - 240×10^9 /л.

Время свертывания по Ли-Уайту - 11 минут, протромбиновый индекс - 45%, длительность кровотечения по Дьюку 2 минуты, МНО - 2.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие допущены ошибки при ведении ребенка?
3. Оцените данные обследования.
4. При потере какого объема циркулирующей крови у новорожденных развивается шок?
5. Какие неотложные мероприятия необходимо провести данному ребенку для остановки пупочного кровотечения?
6. Дальнейшая лечебная тактика.

ЗАДАЧА № 33

Новорожденный ребенок (девочка) родилась у женщины 23 лет от 1-й беременности при сроке гестации 36 недель и 1-х не осложнённых родов с пороками развития: микрофтальмия, колобома, гидроцефалия. С рождения у ребенка отмечалось беспокойство, тремор конечностей, мышечная дистония, иногда - судороги.

Из анамнеза было установлено, что женщина в первом триместре беременности проживала в сельской местности, где имела контакт с домашними животными - кошками, собаками, козами, коровами. Неоднократно употребляла в пищу сырые яйца, коровье молоко. Женскую консультацию посещала регулярно с 7 недель. Во время беременности ничем не болела, лекарств не принимала, контакта с вредными факторами не было. Была обследована на стафилококк, ВИЧ, сифилис, уровень альфа - фетопротеина. Результаты обследования отрицательные, альфа- фетопротеин в пределах нормы.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 148 г/л, ЦП - 0,9, ретикулоциты - 5%, тромбоциты - $397 \times 10^9/л$, лейкоциты - $9 \times 10^9/л$, п/ядерные - 2%, с/ядерные - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 10%, СОЭ - 6 мм/ч.

1. О каких заболеваниях можно думать при данных пороках развития? Какое заболевание наиболее вероятно в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назовите возбудителя и источник заражения. К какому семейству относится возбудитель данной инфекции? Каков путь передачи данной инфекции плоду?
4. Определите период воздействия вредного фактора на плод.
5. Какие гистологические изменения обычно наблюдаются в плаценте при данной патологии?
6. Назначьте лечение новорождённому ребёнку.
7. Какие возможны отдаленные последствия этого заболевания?

ЗАДАЧА № 34

Ребёнок (девочка) в возрасте 3-х часов. Общее состояние средней тяжести. Признаков пренатальной патологии нет. Телосложение правильное. Крик средней силы. Поза полуфлексии. Мышечный тонус умеренно снижен. Врожденные рефлексy вызываются. Кожные покровы и язык цианотичны при дыхании комнатным воздухом. Умеренная общая пастозность подкожной клетчатки. На губах пенистые выделения. ЧД - 86 в 1 мин. Грудная клетка вздута, отмечается втяжение межреберий во время вдоха. Перкуторно - ясный легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно - дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются в небольшом количестве влажные средне-пузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, ЧСС - 146 в 1 мин. Живот мягкий, печень + 2 см, селезёнка не пальпируется. Стула не было.

Анамнез: Мать 28 лет, страдает нарушением жирового обмена 2 степени. Беременность вторая протекала без патологии, роды вторые в сроке 38-39 недель путем

плановой операции кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела при рождении 2800 г, длина 48 см. Оценка по шкале Апгар 4-5 баллов.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования могут быть решающими в постановке правильного диагноза?
3. Тактика лечебных мероприятий.

ЗАДАЧА № 35

Ребенок (мальчик) родился от 4-й беременности, 2-х родов. Первые роды без особенностей. Две предыдущие беременности закончились искусственными абортами.

Масса тела при рождении 3000,0 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. При объективном осмотре патологические отклонения не выявлены.

На 2-е сутки у ребенка отмечается субиктеричность кожных покровов.

В анализе крови Нв – 150 г/л, билирубин в пуповинной крови – 105 мкмоль/л (непрямой – 90 мкмоль/л). Уровень билирубина крови на 2-е сутки – 170 мкмоль/л (непрямой – 148 мкмоль/л).

Группа крови ребенка А (II), резус + (положительный); матери – 0 (I), резус – (отрицательный).

1. Ваш диагноз?
2. Тактика ведения ребенка?

ЗАДАЧА № 36

Новорожденный мальчик родился от 2-й беременности, протекающей на фоне угрозы на ранних сроках, анемии легкой степени тяжести. Женщина до декретного отпуска на ферме раздавала корма и стелила солому животным. Роды 2-е при сроке гестации 36 недель, 1-й период – 7 час., 2-й – 10 мин, воды светлые.

Состояние при рождении тяжелое, дыхание нерегулярное, цианоз кожи и слизистых, поза лягушки, при санации верхних дыхательных путей – гримаса, тоны сердца приглушены ЧСС – 120 в 1 мин., после мероприятий на 5 мин. – закричал, ЧСС – 150 в 1 мин., полуфлексия, акроцианоз, при санации верхних дыхательных путей – чихает.

Объективно: неполное завивание всего ребра ушной раковины, хрящ тонкий, при сгибании в исходное положение возвращается медленно, сосок виден ясно, ареола намечена, диаметр 7 мм, на животе вены с ответвлениями (не самые тонкие), ногти перерастают пальцы, на подошвах исчерченность на 2/3, волосяной покров редко покрывает все тело, толщина на пупке – 4,5 см, на тыле кисти складка расправляется сразу, гипертелоризм сосков. Масса – 2100,0 г, длина – 47 см, окружность головы – 33 см, окружность грудной клетки – 32 см.

При осмотре в первые сутки жизни состояние тяжелое, сосет вяло, срыгивает, беспокойный, плохо удерживает температуру. Кожа бледно-розовая, мраморный рисунок, на спине животе и ногах папулезно-розеолезная сыпь, на слизистой конъюнктивы и задней стенки глотки беловато-желтоватые узелки в диаметре 1-3 мм. Большой родничок несколько выбухает, пульсирует. ЧД – 70 в 1 мин., влажные мелкопузырчатые хрипы в задних отделах, укорочение перкуторного звука. Печень +3 см, селезенка +1 см.

ОАК: Эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 150 г/л, лейкоц. – $23 \times 10^9/л$, тромбоц. – $160 \times 10^9/л$, ю. – 3%, п. – 12%, сег. – 46%, лимф. – 19%, м – 20%.

Общий билирубин на 3-и сутки – 265 мкмоль/л, прямой – 35 мкмоль/л, АЛТ – 120 ЕД/л, АСТ – 150 ЕД/л.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговые тени преимущественно в нижних отделах на фоне усиленного бронхосудистого рисунка.

1. Дайте оценку по шкале Апгар.
2. Ваш диагноз.
3. Возможные исходы заболевания.

4. Назначьте лечение.
5. Какие необходимо провести дополнительные исследования?
6. Определите группу здоровья и группу риска.

ЗАДАЧА № 37

Ребенок (девочка) от 1-й беременности при сроке гестации 39-40 недель, 1-х срочных родов. Во время беременности токсикоз первой половины в течение 3 недель. В 20 недель беременности перенесла ОРЗ в легкой форме, не лечилась. Продолжительность родов 20 часов: 1-й период - 19 часов 40 минут, 2-й период - 20 минут. Девочка закричала сразу.

Масса тела при рождении 3400 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8 - 9 баллов. К груди приложена через 2 часа.

Матери 22 года, страдает с 12-летнего возраста герпетической инфекцией (кожно-слизистая форма). Обострения отмечались 2-3 раза в год, лечилась местными препаратами (мазь Зовиракс, Бонафтон). В конце данной беременности отмечались пузырьковые высыпания на наружных половых органах.

На четвертые сутки жизни состояние ухудшилось. Ребенок стал вялым, плохо сосал, срыгивал, отмечены мышечная гипотония, гипорефлексия. Периодически беспокоится. На коже туловища и конечностей появилась пузырьковая сыпь. Склеры гиперемированы, веки отечны, небольшие серозные выделения из глаз. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какова этиология данной патологии и время инфицирования?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
4. Нуждается ли больной в консультации специалистов?
5. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 38

У женщины 29 лет 1-я беременность, 1-е роды. Страдает ревматизмом в неактивной фазе, пороком сердца (недостаточность митрального клапана) без нарушения кровообращения. Беременность протекала с гестозом во II-ой половине. Роды срочные. В родах частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности.

Родился мальчик с массой 3600 г, ростом 53 см. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. Состояние ребенка при рождении крайне тяжелое. Дыхание отсутствует, кожа бледная, мышечная атония. Сердцебиение - 86 в минуту, АД - 40/23 мм рт.ст. Тоны глухие, систолический шум. Рефлекторная возбудимость отсутствует.

При дополнительном обследовании получены следующие данные:

КОС: рН 7,1, ВЕ -15 ммоль/л, рaCO₂ – 68 мм рт. ст., рaO₂ – 50 мм рт.ст.

Общий анализ крови: Нb - 126 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 27×10^9 /л, палочкоядерные - 10%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 27%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%; Нt - 35%.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите последовательность начальных мероприятий при первичной реанимации новорожденного.
3. Определите параметры респираторной поддержки. Назовите аппараты, используемые для ИВЛ.
4. Интерпретируйте результаты дополнительных методов исследования.
5. Дальнейшая врачебная тактика.

ЗАДАЧА № 39

Новорожденная девочка поступила в стационар в возрасте 6 дней. Родилась с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов от 1-й беременности, протекающей с токсикозом в 1-м триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, окситоцин: 1-й период – 12 час., 2-й – 25 мин., безводный период – 10 час., затруднение выведения плечиков. Масса – 4200,0, длина – 54 см, окружностью головы – 37 см, окружность грудной клетки – 37 см.

При осмотре: полное завивание ребра ушной раковины, ребро хряща тонкое, при сгибании - в исходное положение, сосок виден ясно, ареола над кожей, диаметр – 8 мм, сосуды на животе не видны, ногти на руках перерастают пальцы, складки на подошве покрывают всю ступню, лануго только на плечах. Кожная складка на тыле кисти расправляется быстро, тургор удовлетворительный, п/ж слой на пупке – 5,5. Волос на голове много, ровные и шелковистые, щеки хорошо выражены, на груди и животе п/ж слой хорошо развит.

После рождения беспокойный, гипервозбудимость. Мышечная дистония, объем движений в левой руке снижен. В род/доме: магnezия, фенobarбитал, викасол.

На 6-е сутки переведён в стационар. Состояние средней степени, кожа розовая, мраморная, печень+1,5 см, стул желтый кашицей, большой родничок 2x2 см, черепно-мозговая иннервация без особенностей, рефлекс орального автоматизма (+), ладонно-ротовой не вызывается, хватательный и Моро слева снижены. Мышечный тонус в руках снижен, в левой руке гипотония более выражена, левая рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании, активные движения ограничены в локтевом и плечевом суставах, в пальцах сохранены, сухожильные рефлексы двуглавой левой мышцы не вызываются, на опоре автоматическая походка, рефлексы ползания и защитный (+).

ОАК в 6 дней: Нв-221 г/л, Эр-6,5 x10¹²/л, ЦП-0,97, лейкоц.-8,2 x10⁹/л, п-6%, с-58%, э-2%, лимф.-33%, баз.-1%, СОЭ-2 мм/час.

Биохимия крови: общий белок - 55 г/л, непрямого билирубин – 98 мкмоль/л, прямого нет.

НСГ: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышенная эхогенность перивентрикулярных областей.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 40

Ребенок от 1-й беременности, 1-х срочных родов родился с массой 4500,0 г, длиной 56 см, оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов.

Объективно обращали на себя внимание: макроглоссия, гипоплазия верхней челюсти, вертикальные насечки на мочках ушей, пупочная грыжа (омфалоцеле), печень +3 см из-под края реберной дуги.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями новорожденных необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. К какой группе заболеваний следует отнести данное патологическое состояние?

ЗАДАЧА №41

Ребенок (мальчик) 6 дней переведен в отделение II этапа выхаживания недоношенных на 5 день жизни в тяжелом состоянии. Родился от III беременности, II родов при сроке гестации 28 недель с массой тела 1070,0 г, длиной 36 см.

Матери 25 лет, I беременность закончилась преждевременными родами (ребенок родился с гидроцефалией и умер на 7 день жизни), II беременность закончилась выкидышем (в 20 недель беременности). Настоящая беременность протекала с токсикозом II половины. У матери неоднократно повышалась температура до 37,2°C, что расценивалось как острая респираторная инфекция. В весе за время беременности прибавила 10 кг, в родах многоводие.

Состояние ребёнка при поступлении тяжелое: отмечают общую вялость, тремор подбородка, желтушность кожных покровов, полиморфная сыпь геморрагического характера на коже туловища, увеличение печени (+4-4,5 см) и селезенки (+2 см). Со стороны других органов без видимых патологических отклонений.

1. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
2. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза? Ожидаемые результаты.
3. Назначьте лечение.
4. Ваша тактика по уходу и вскармливанию ребёнка.

ЗАДАЧА № 42

Новорождённый мальчик родился от молодых родителей, практически здоровых. Беременность и роды первые, протекали нормально. Закричал сразу, масса тела при рождении 3600,0 г, длина 50 см. При первом осмотре было отмечено неправильное строение наружных половых органов, что было расценено, как гипоспадия у мальчика. Ребенок выписан на 10 день из роддома с массой тела 3550,0 г.

На 21 день жизни появилась рвота «фонтаном», ребенок потерял в весе, стал вялым. В возрасте 28 дней поступил в отделение патологии новорожденных с массой тела 3500,0 г с диагнозом «пилоростеноз, гипотрофия».

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. План обследования. Ожидаемые результаты.
4. Назначьте лечение.
5. Тактика дальнейшего наблюдения.

ЗАДАЧА № 43

Ребенок (мальчик) в возрасте 2-х недель поступил в ОПН с диагнозом: артрогрипоз.

Анамнез: родился от II беременности, протекавшей с токсикозом в течение всего периода беременности. В 20 и 34 недели отмечалась угроза прерывания в виде кровомазанья, женщина лечилась амбулаторно. При УЗИ выявлялись внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного развития с 34 недель, преждевременное старение плаценты. В родах маловодие, ягодичное предлежание.

Ребенок родился с многочисленными контрактурами в области коленных, голеностопных, лучезапястных, локтевых суставов, стигмами дизэмбриогенеза, лицевого дизморфизма, с массой 2800,0г, длиной 47 см при сроке гестации 39 недель. На 8-е сутки мать ушла из роддома, оставив ребенка.

1. Что послужило причиной развившихся контрактур?
2. О каком заболевании, кроме артрогрипоза можно думать у данного ребенка?
3. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА № 44

Новорожденный (мальчик) от 6-й беременности и 1 родов. Предыдущие беременности закончились выкидышами на ранних сроках. Во время настоящей неоднократно угроза прерывания (госпитализация, был наложен шов Сценди). Матери 30 лет, с 14 лет редкие обострения хронического пиелонефрита, до настоящей беременности диагностирован кольпит, проведено лечение.

Роды в 30 недель, воды светлые, 1 период-8 минут, 2-10 минут, безводный 3 часа. Масса ребёнка - 1500,0 г, длина – 40 см, окружность головы – 28 см, окружность грудной клетки – 27 см.

Состояние при рождении тяжелое, закричал после реанимации, сердцебиение приглушено, ЧСС - 140 в 1 мин., полуфлексия, кожа цианотичная, при санации ВДП - слабое чихание, после реанимации - выраженный акроцианоз.

При осмотре: неполное завивание части ушной раковины, при сгибании - медленно возвращается в исходное положение, сосок едва заметен, ареола не выражена, диаметр грудной железы – 2 мм, на животе вены с ответвлениями, ногти на руках до края пальцев, подошвы гладкие, лануго густое, кожа эластичная, тургор снижен, п/ж слой около пупка 3мм. Через 2 часа после рождения увеличение ЧД до 74 в 1 мин., втяжение межреберий, надключичных ямок, мечевидного отростка, отвисание нижней челюсти при сомкнутых губах. Дыхание ослаблено, на вдохе крепитирующие хрипы, тоны приглушены, ЧСС - 145 в 1 мин. Ребенок быстро охлаждается, сатурация O₂ при беспокойстве снижается до 85%. Печень+1,5 см, селезенка не пальпируется.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузные очаги пониженной прозрачности.

1. Причина наложения шва Сценди?
2. Дайте оценку по шкале Апгар и шкале Даунс.
3. Ваш диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Профилактические мероприятия данной патологии у недоношенного ребёнка.
6. Дальнейшая тактика по уходу и вскармливанию.

ЗАДАЧА № 45

Новорожденная девочка, 3 сутки. Родилась от II беременности, I срочных родов. I беременность закончилась медицинским абортом при сроке 17 недель. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии I ст., хронической фето-плацентарной недостаточности. В 24 недели беременности отмечалось обострение хронического пиелонефрита, лечилась в стационаре, получала антибиотики и уроантисептики.

Наблюдалась первичная слабость родовых сил, была произведена амниотомия. Околоплодные воды светлые. Безводный промежуток 4 часа. Масса ребенка при рождении 3200 г, рост 55 см, окружность головы 36 см, груди - 35 см. Оценка по шкале Апгар 4-7 баллов.

Состояние в первые сутки жизни средней тяжести. Отмечались: беспокойство, снижение мышечного тонуса, тремор конечностей. Сосала из бутылочки вяло, умеренно срыгивала молочком. Рефлексы спинального автоматизма были снижены. Кожные покровы в первые сутки жизни бледно - розового цвета, с 3-х суток появилась желтушность. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ритмичные, звучные. Стул в первые два дня мекониальный, затем с зеленью и слизью.

К груди приложена на 3-и сутки жизни.

ОАК на 1-е сутки: эритроциты - $5,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 210 г/л, лейкоциты - $21 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 59%, лимфоциты - 26%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Интерпретируйте общий анализ крови.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
5. Ваша лечебная тактика.

ЗАДАЧА № 46

Ребенок (мальчик) от 1-й беременности, 1-х родов. Матери 35 лет, страдает хроническим пиелонефритом. У матери узкий таз. Ребенок родился при сроке беременности 38 недель. В родах у матери вторичная родовая слабость, применялась медикаментозная стимуляция. Роды затяжные, первый период - 26 часа, второй - 35 мин.

Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 3-5 баллов, массой 3400, рост 53 см, окружность головы – 34 см, груди - 33 см, большой родничок 1,5x1,5 см. С первых суток состояние ребенка оценивалось как тяжелое. Ребенок возбужден, сосет слабо, реакция на осмотр повышена, гиперестезия, поза скованная, симптом “открытых глаз”. Голова запрокинута назад. Большой родничок 1,5x1,5 см, выбухает, умеренно напряжен. Кожа бледная. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. При аускультации в легких дыхание ослабленное. Тоны сердца приглушены. Ребенку была назначена антигипоксическая, седативная, гемостатическая терапия.

Состояние стабилизировалось, на 7 сутки жизни переведен в отделение патологии новорожденных.

К концу месячного возраста у ребенка отмечается расхождение черепных швов, большой родничок увеличился до 4x3 см, сохраняется «глазная» симптоматика, срыгивание, мышечная дистония, рефлексы угнетены. Окружность головы 39 см, окружность груди 35 см.

Дополнительные методы исследования:

Нейросонография (3 сутки) - мультифокальные рассеянные ишемические очаги в субкортикальных зонах. Нейросонография (28 суток) - расширение и асимметрия полостей боковых желудочков.

Окулист (28 суток) - на глазном дне мелкоочечные кровоизлияния, застойный диск зрительного нерва.

1. Выделите синдромы в первые сутки жизни, какой синдром является ведущим?
2. Интерпретируйте данные дополнительных методов исследования на 3-и сутки жизни.
3. Поставьте клинический диагноз ребенку на 3-и сутки жизни.
4. Какие факторы обусловили развитие данной патологии?
5. Какие еще дополнительные методы исследования необходимы ребенку?
6. Сформулируйте клинический диагноз ребенка в 1 месяц.
7. Составьте план лечения и наблюдения за данным ребенком.

ЗАДАЧА № 47

Новорожденный ребёнок (мальчик) родился от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 и 2 половины, 1 срочных родов посредством наложения выходных щипцов (во время родов отмечалась первичная и вторичная родовая слабость). Оценка по шкале Апгар 4-6 баллов, оценка по шкале Даунс - 6 баллов. Масса тела при рождении 4000,0 г, длина 43 см. Окружность головы 37 см, окружность груди 35 см. В области кожи правого виска кровоподтек подковообразной формы.

Через 2 часа состояние ухудшилось: появился нистагм, сходящееся косоглазие, гипотония мышц верхних конечностей, некоторое повышение мышечного тонуса сгибателей нижних конечностей, непостоянные подергивания мимической мускулатуры, слабый болезненный крик, стонущее дыхание с втяжением нижних межреберий и грудины, ЧД - 80 в 1 мин., периоральный цианоз. Дыхание неравномерное со склонностью к апноэ, перкуторно ясный легочный звук, аускультативно - непостоянная крепитация в

верхних отделах грудной клетки. ЧСС - 100-110 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какова причина дыхательной недостаточности?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Необходимые дополнительные обследования и ожидаемые результаты.
5. Тактика терапевтических мероприятий.
6. Назовите мероприятия по уходу и вскармливанию ребёнка.

ЗАДАЧА № 48

Ребенок (девочка) родился при сроке беременности 32 недели, поступил на 2 этап выхаживания недоношенных в возрасте 10 дней с массой 1700 г. Диагноз при поступлении: «Внутриутробная пневмония, острое течение, среднетяжелая форма. Сопутствующий диагноз: недоношенность, гестационный возраст 32 недели».

Общее состояние при поступлении тяжелое. Гиперестезия, повышенная двигательная активность, мышечная дистония, спонтанный рефлекс Моро, грубый атетоз, страбизм, руминация, оперкулярные пароксизмы, положительный симптом Лессажа. Гипотермия. Рефлексы спинального автоматизма угнетены. Кожа и слизистые бледно-розовые, с легким субиктеричным оттенком, легкой мраморностью, цианоз носогубного треугольника, легкий акроцианоз. Отмечаются отеки в области нижних конечностей, передней брюшной стенки и на спине. Дыхание с втяжением межреберий, западением грудины. ЧД - 60 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС - 158 в минуту.

На рентгенограмме органов грудной клетки: расширение корней легких, очаговые тени с неровными контурами, неомогенной структуры по всем легочным полям, контуры сердца не изменены. Куполы диафрагмы в норме.

ОАК: гемоглобин-145г/л, эритроциты- $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты- $18,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 40%, моноциты - 5%, эозинофилы - 1%, гематокрит - 45%, СОЭ - 8 мм/ч.

Нейросонография: перивентрикулярное кровоизлияние II степени в области переднего рога правого бокового желудочка.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Интерпретируйте общий анализ крови.
4. Какие еще дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза?
5. Назначьте лечение данному ребенку.
6. Какие исходы можно ожидать при данной патологии?

ЗАДАЧА № 49

Ребенок (мальчик) от 1-й беременности. Матери 23 года. В женской консультации на учете с 7 недель беременности, при обследовании выявлен равномерно суженный таз. Отмечался токсикоз первой половины в течение двух недель. Анемия легкой степени во второй половине беременности. В 30-32 недели отмечались отеки на ногах. В анализах мочи следы белка.

Роды в срок, затяжные. Продолжительность первого периода 25 часов. Проводилась родостимуляция окситоцином, затрудненное выведение плечиков. Второй период 30 минут. Безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые в умеренном количестве. Плацента не изменена, околоплодные оболочки целы, без признаков воспалительных изменений.

Родился мальчик в головном предлежании с массой тела 4350 г, без обвития пуповины. Отмечалось затруднение выведения плечиков. Закричал после отсасывания слизи из ротоглотки. Оценка по шкале Апгар 7-9 баллов.

При первом осмотре отмечено снижение активных движений в правой руке – лежит вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, в кисти движения сохранены. В левой руке и нижних конечностях мышечный тонус физиологический. Сухожильные рефлексы в правой руке резко снижены. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. По органам и системам без патологических отклонений.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Причины развития данной патологии.
3. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Назначьте лечение.
7. Требуется ли госпитализация ребенка в стационар?
8. Каков прогноз в данном случае?

ЗАДАЧА № 50

Ребёнок (мальчик) родился в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Мать 20 лет, беременность и роды первые. В первом триместре беременности мать перенесла ОРВИ. Роды без особенностей. Масса тела при рождении - 4300,0 г и длина тела - 54 см.

Через 12-18 часов у ребёнка появилось упорное срыгивание с примесью желчи. Кожные покровы с легким субэритечным оттенком. Со стороны легких и сердца без особенностей. Живот вздут, при пальпации напряжен. Печень и селезенка не увеличены. Меконий после рождения отходил.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Ваша диагностическая тактика.
4. В консультации каких специалистов нуждается ребёнок?
5. Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 51

Девочка первых суток жизни родилась в срок, с массой тела 4500,0 г, длиной 53 см, оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов.

Через 14 часов после рождения началось обильное желудочно-кишечное кровотечение. Содержание гемоглобина - 110 г/л.

В пупочную вену капельно введено 50 мл донорской крови и 80 мл нативной плазмы.

К концу суток кровотечение сохранялось. Уровень гемоглобина снизился до 70 г/л, гематокрит - 25%.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести при данном патологическом состоянии? Ожидаемые результаты.
4. Какие лечебные мероприятия Вы будете проводить?
5. Произведите расчет необходимой гемотрансфузии.

ЗАДАЧА № 52

Ребенку 3 недели. Поступил в отделение патологии новорожденных из дома с жалобами на сохраняющуюся желтуху, изменение окраски мочи и кала.

Ребенок от I беременности, I срочных родов, родился с массой 3400,0 г, длиной 50 см.

Беременность протекала, со слов матери, без особенностей. Страдает опоясывающим лишаем, при осмотре на губах герпетические высыпания.

При осмотре ребенок активен, на грудном вскармливании, со стороны сердца и легких без особенностей. Живот увеличен в размерах, на коже венозная сеть. Печень +3 см, плотная, стул светлый, на пеленке «темное пятно» после мочеиспускания.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
3. Какие исследования необходимо провести ребёнку?
4. Тактика лечения.

ЗАДАЧА № 53

Новорожденный ребенок мужского пола родился у женщины 22 лет от 1-й беременности. В анамнезе матери анемия беременных легкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине, у женщины равномерно суженный таз I степени. Роды срочные в переднем виде затылочного предлежания. Масса тела 3250,0 г, рост 53 см.

Состояние ребенка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодические приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, перкуторно в нижнем отделе левого легкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. ЧСС - 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещен вправо. Цианоз усиливается в положении на правом боку, отмечается запавший "ладьевидный" живот.

ОАК: гемоглобин-212 г/л, эритроциты- $5,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты 7%, тромбоциты 232×10^9 /л, лейкоциты 12×10^9 /л, палочкоядерные-18%, сегментоядерные-32%, лимфоциты-40%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%, гематокрит - 62%.

Биохимический анализ крови: общий белок 54 г/л, сахар крови 1,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови 18 мкмоль/л, натрий 130 ммоль/л, калий 6,75 ммоль/л, кальций 2,2 ммоль/л.

Газы артериальной крови: pO_2 - 50 мм рт.ст., pCO_2 - 50 мм рт.ст., pH - 7,25.

Рентгенография грудной клетки: органы средостения смещены вправо, слева легочный рисунок не определяется, отмечаются множественные кольцевидные просветления.

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Интерпретируйте данные дополнительных методов исследования.
3. Перечислите мероприятия по неотложной помощи данному ребенку.
4. Врачебная тактика при данной патологии.

ЗАДАЧА № 54

Ребенок от пожилых родителей, I беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды в срок, масса тела 3100,0 г, длина 52 см.

При рождении обращали на себя внимание изменения на коже: значительное утолщение кожи, в складках кожи глубокие трещины, деформация ушных раковин, ногтей, вывороченные веки, деформация губ, трещины в углах рта, гиперемия кожи. Со стороны внутренних органов без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

3. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА № 55

В отделение патологии новорожденных из роддома переведен ребёнок на 4 сутки после рождения с жалобами на вялость, срыгивания, большую потерю в массе, субфебрильную температуру.

Из анамнеза: у матери отягощённый акушерский анамнез (6-я беременность, 4 мед. аборта), страдает хроническим пиелонефритом, хроническим кольпитом, аднекситом. Роды 2-е, срочные. В родах - первичная слабость родовой деятельности, безводный промежуток - 26 часов. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов, с массой 3800,0 г, длиной 52 см.

При осмотре в отделении состояние тяжёлое: масса 3200,0 г, дефицит массы 15,8%. Т- 37,4°, ребёнок вялый, крик слабый, мышечный тонус и рефлекторная возбудимость снижены, срыгивает. Пупочная ранка влажная, со скудным серозно-гнойным отделяемым. Со стороны внутренних органов: ЧД – 52 в 1 мин., ЧСС – 148 в 1 мин., в лёгких перкуторно ясный легочный звук, дыхание ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются; тоны сердца приглушены; живот умеренно вздут, печень + 2,5 см, селезёнка не пальпируется; стул и мочеиспускание не изменены.

Анализ крови: НВ - 110 г/л, эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $14 \times 10^9/л$, п/ядерные 12%,

с/ядерные – 52%, лимфоциты-26%, моноциты – 10%, СОЭ 15 мм/ч.

Из крови выделен стафилококк, из пупочной ранки массивный рост стафилококка.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назовите причины, приведшие к данной патологии.
3. Какие дополнительные исследования и консультации профильных специалистов необходимо провести?
4. Ваша тактика лечения.
5. Каковы мероприятия по уходу за ребёнком и вскармливанию?

ЗАДАЧА № 56

Ребенок от 7-й беременности, 2-х срочных родов родился с массой 2000,0 г, длиной 48 см, с оценкой по шкале Апгар 3-6 баллов. Закричал после отсасывания слизи, крик слабый, периодически беспокоен. К груди приложен на 4-е сутки, сосал активно, молока у матери достаточно, но за 30-40 мин. до кормления ребенок становится беспокойным, кричит. Крик злой, голодный.

На 7-е сутки при осмотре: общая повышенная возбудимость. Кожа сухая, подкожный слой слабо выражен, тургор тканей снижен. Признаки лицевого дизморфизма: седловидный нос, гипертелоризм, микрогнатия, микроцефалия, лоб скошен. Склонность к запорам. Родители бомжи.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Тактика врача роддома.
3. Группа здоровья и риска.

ЗАДАЧА № 57

Ребенок с А (II) Rh (+) группой крови родился от 0 (I) Rh (+) матери. Масса при рождении 3000,0г, длина 50 см.

С конца 2-х суток появилось желтушное окрашивание кожи. Желтуха интенсивно нарастала: к концу 3-х суток содержание билирубина (непрямого) составляло 360 мкмоль/л.

Общий анализ крови: Нб – 130 г/л, Эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 1,0%, нормобласты 5:100, лейкоциты - 12×10^9 /л, эозинофилы – 2%, юные – 1%, п/ядерные – 4%, с/ядерные – 43%, лимфоциты – 40%, моноциты – 10%.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Ваша тактика лечения.

ЗАДАЧА № 58

Ребенок в возрасте 3 недель поступил в отделение патологии новорожденных с жалобами на повышение температуры до $38,6^\circ \text{C}$. Заболел 2 дня назад, когда появился сухой кашель. В семье у старшего ребёнка ОРВИ. Накануне поступления в стационар состояние резко ухудшилось – повысилась температура, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание.

Объективно: состояние тяжелое, ребенок беспокоен, мечется, капризничает, периоральный цианоз. Кожные покровы бледные, «мраморный» рисунок кожи. Грудная клетка несколько вздута, одышка экспираторного характера с втяжением межреберий

Перкуторно над легкими ясный лёгочный звук с коробочным оттенком, аускультативно - обилие влажных мелкопузырчатых хрипов над всей поверхностью легких. ЧД - 68 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС- 132 в 1 мин. Живот умеренно вздут, печень + 2 см. Стул и мочеиспускание без патологии.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Ожидаемые результаты.
4. Ваша терапевтическая тактика.

ЗАДАЧА № 59

Ребенок (мальчик) родился в 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с токсикозом первой половины в течении трех недель. В 16 недель беременности перенесла ОРЗ, лечилась домашними средствами. С 25 недели диагностирована анемия – Нб – 100 г/л, лечилась препаратами железа. Во второй половине беременности диагностирован поздний токсикоз беременных - отеки, патологическая прибавка в весе, подъем артериального давления до 145/90 мм рт.ст. На УЗИ в 26 недель беременности – признаки фетоплацентарной недостаточности. Безводный период 20 часов.

При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела ребенка при рождении 3900 г.

В детском отделении на третьи сутки: отмечается беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Сухожильные рефлексы оживлены. Безусловные рефлексы снижены. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см, ballotирует, ограничено швами.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какова тактика ведения ребенка в родильном доме?
3. Можно ли проводить профилактические прививки?
4. Нужны ли дополнительные методы обследования и консультации специалистов?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
6. Требуется ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

ЗАДАЧА № 60

У ребенка 36 часов жизни кровавая рвота. При осмотре: ребенок вялый, крик слабый, болезненный. На коже - единичные геморрагии в виде петехий и экхимозов. Тоны сердца звучные, 160 ударов в мин. Дыхание пуэрильное, ЧД 50 в мин. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5-2 см. Селезенка не пальпируется. Стул переходный, окружен на пеленке красным ободком.

Из анамнеза: ребенок от III беременности, I родов. Две предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания во II половине. В 32 недели женщина перенесла ОРВИ (ринит, фарингит, без повышения температуры). Роды без особенностей. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов, масса - 2600,0 г, рост - 53 см.

Коагулограмма: время свертывания крови по Ли-Уайту 12 мин, ПТИ - 50%, фибриноген 2,5 г/л, фибринолитическая активность 16%, ретракция кровяного сгустка 50%,

Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, гематокрит 43%, тромбоциты $250 \times 10^9/л$, лейкоциты $12 \times 10^9/л$, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 58%, лимфоциты 28%, моноциты 8%, эозинофилы 2%.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте общий анализ крови и данные коагулограммы.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
4. Какие необходимо провести дополнительные обследования?
5. Назначьте лечение.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

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	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

	ответе		
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 анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

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

ЛИТЕРАТУРА

а). Основная литература

1. Брыксина Е. Ю. Избранные вопросы неонатологии: сборник лекций для ординаторов, врачей-неонатологов, педиатров, преподавателей / Е.Ю. Брыксина, Д.Ю. Овсянников, И.В. Кршеминская; Рост. гос. мед. ун-т, каф. акушерства, гинекологии, перинатологии и репродукт. медицины. – Ростов-на-Дону: Медиа-Полис, 2017. - 422 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный - 2 экз. ЭР
2. Неонатология: клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 320 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 2 экз. ЭР
3. Неонатология: национальное руководство: краткое издание / под ред. Н.Н. Володина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный – 1 экз. ЭР

б). Дополнительная литература

1. Респираторная терапия в неонатологии: учебно-методическое пособие для врачей, интернов и клинических ординаторов / сост.: Д.В. Прометной, А.А. Афонин, Н.А. Давыдова [и др.] ; Рост. гос. мед. ун-т, каф. педиатрии с курсом неонатологии. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2016. – 105 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный - 5 экз. ЭР
2. Вскармливание новорожденных: учебно-методическое пособие для врачей, интернов и клинических ординаторов / сост.: Д.В. Прометной, А.А. Афонин, Н.А. Давыдова [и др.] ; Рост. гос. мед. ун-т, каф. педиатрии с курсом неонатологии. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2016. – 96 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача» - Текст: электронный - 5 экз. ЭР
3. Интенсивная терапия нарушений кислотно-основного и водно-электролитного обмена у новорожденных: учеб.-метод. пособие / сост.: Д.В. Прометной, Н.А. Давыдова, Г.В. Павленко, Н.В. Рамазанова. – Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2012. – 96 с. – 1 экз.

в). Периодические издания

№ п/п	Название издания	Доступ
1	АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ В ПЕДИАТРИИ	Доступ из Elibrary.ru
2	Вестник РАМН	Доступ из Elibrary.ru
3	ВОПРОСЫ ГИНЕКОЛОГИИ, АКУШЕРСТВА И ПЕРИНАТОЛОГИИ	Доступ из Elibrary.ru

4	Вопросы современной педиатрии	Доступ из Elibrary.ru
5	Врач	Доступ из Elibrary.ru
6	ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ	Доступ из Elibrary.ru:
7	Детские инфекции	Доступ из Elibrary.ru
8	Медицинский вестник Юга России	Доступ из Elibrary.ru
9	Педиатр	Доступ из Elibrary.ru
10	Педиатрическая фармакология	Доступ из Elibrary.ru
11	Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского	Доступ из Elibrary.ru
12	Пренатальная диагностика	Доступ из Elibrary.ru

г). Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «интернет»

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/oracg/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением_ Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
6	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://www.webofscience.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ закрыт 01.05.2022

7	Freedom Collection [журналы] / ScienceDirect. Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
8	БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php	Доступ неограничен
9	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
10	Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
11	Nano Database : справочные издания по нано-материалам. - URL: https://nano.nature.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации	Доступ ограничен
12	Российское образование. Единое окно доступа / Федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
13	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
14	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://femb.rucml.ru/femb/	Открытый доступ
15	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
16	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
17	МЕДВЕСТНИК. Портал российского врача: библиотека, база знаний. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
18	Медицинский Вестник Юга России. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
19	National Library of Medicine (PubMed). - URL: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
20	Directory of Open Access Journals : полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
21	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
22	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
23	International Scientific Publications. – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
24	Univadis.ru: международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
25	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems. - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
26	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: http://www.evrika.ru/	Открытый доступ
27	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
28	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
29	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL:	Открытый

	http://cr.rosminzdrav.ru/	доступ
30	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
31	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
32	ENVOС.RU English vocabulary: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
33	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
34	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/	Открытый доступ
35	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего

дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Этапность ответа:

1. Определение.
2. Этиология и патогенез.
3. Клинические проявления.
4. Диагностика.
5. Методы профилактики и лечения.

Пример ответа:

Респираторный дистресс-синдром новорожденных (РДСН) - дыхательная недостаточность, начинающаяся сразу после рождения, в основном у недоношенных детей, обусловлена незрелостью легких и первичным дефицитом сурфактанта. Классические рентгенографические признаки – «матовое стекло», воздушная бронхограмма.

Этиология и патогенез

Первичный дефицит сурфактанта: недоношенность, генетический дефект.

Вторичный дефицит сурфактанта: инфекционный процесс, мекониальная аспирация, асфиксия.

РДСН, клиническая картина

- Стонущее дыхание
- Напряжение крыльев носа
- Надувание щек на выдохе – «дыхание трубача»
- Опускание нижней челюсти на вдохе
- Запрокидывание головы назад на вдохе
- Экспираторное «хрюканье» - хрипы, выдох через сомкнутые голосовые связки
- Западение уступчивых мест грудной клетки (ретракции): межреберных промежутков, над и подключичных ямок, мечевидного отростка и тела грудины, Гаррисоновой борозды
- Участие дополнительной и вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
- Прадоксальное дыхание
- Пенистые или кровавопенистые выделения из респираторного тракта
- Ослабление дыхания в начале заболевания и появление хрипов по мере

развития альвеолярного отека

Стадии РДСН

Стадия I: Дыхательная недостаточность, развивается уже в родзале, степень ее тяжести нарастает в течение первых 24-36 ч Экспираторный стон.

- Аппаратная поддержка (СРАР) и введение сурфактанта

Стадия II: Длится со 2 по 4-е сутки. Без сурфактантной терапии и аппаратной поддержки развивается прогрессирующий выход легких из строя, сопровождается увеличением гиперкапнии.

- Требуется аппаратная поддержка (РЕЕР и ИВЛ)

Стадия III: Начинается на 4-5-е сутки жизни и проявляется уменьшением дыхательной недостаточности и улучшением клинического состояния в неосложненных случаях. Начинаяющаяся бронхолегочная дисплазия.

- Необходимо продолжение кислородотерапии и ИВЛ, более недели.

Стадия IV: функции легких могут постепенно улучшаться и в течении 2-3 недель могут придти к норме. В зависимости от степени зрелости ребенка, выраженности ятрогенного повреждения легких в I – III стадий и степени тяжести осложнений (ВЖК, БЛД). Эта стадия может длиться несколько месяцев и определять ранний прогноз для ребенка.

Диагностика

- Оценка степени зрелости плода и в частности легких методом УЗИ
- Определение оптической плотности ОПВ
- Изучение содержания компонентов сурфактанта в ОПВ, желудочном содержимом, лаважном содержимом: фосфатидилхолина, фосфатидилглицерола, фосфатидилэтаноламина, фосфатидилинозитола, лецитин-сфингломиелинового индекса.
- Детекция мутации АВСА3 ПЦР методом
- Пенный тест Клеменса
- Пузырьковый тест
- Шкалы Сильверман (у недоношенных), Даунс (у доношенных), степени тяжести РДС (у доношенных)
- Оценка биомеханики легких
- Характер течения заболевания
- Рентгенологическая диагностика

Рентгенологические стадии

1 стадия: воздушные бронхограммы, снижение пневматизации легочных полей, нодозноретикулярная сеточка, границы средостения четкие

2 стадия: границы средостения размыты

3 стадия: симптом «ватных легких» или «матового стекла», границы средостения отсутствуют

4 стадия: повышение пневматизации легочных полей, воздушные бронхограммы, вновь появление границ средостения, появление легочных инфильтратов

Особенности профилактики и лечения

- Антенатальное применение кортикостероидов

- Бетаметазон 12 мг х 2р.,
- Дексаметазон 6 мг х 4р.

Применение препаратов экзогенного сурфактанта

Куросурф

- профилактическое введение – детям с массой тела <1500г
- лечебное введение – при клинических признаках РДС
- *Начал. доза = 100-200 мг/кг*

Методика INSURE (Intubation–Surfactant –Rapid –Extubation).

Методика LISA (less invasive surfactant administration).

Респираторная терапия: малоинвазивная (CPAP) или инвазивная (ИВЛ).

МАКЕТ БИЛЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

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

Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.18 Неонатология
Год начала подготовки – 2022

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

Утверждено
на заседании кафедры педиатрии и
неонатологии

протокол от 01.06.2022 № _____

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>1. Респираторный дистресс-синдром: этиология, патогенез, клинические проявления, тактика лечения.</p> <p>2. Ребенок (девочка) родилась у женщины 28 лет от 3-й беременности (ЭКО), две предыдущих – внематочные (у женщины трубное бесплодие). Беременность протекала с угрозой выкидыша в 13 недель, лечилась стационарно. Диагностирован и пролечен лимфаденит. У матери во время беременности отмечались лимфаденит, анемия (пролечена амбулаторно). На фоне хронической гипоксии плода при ножном предлежании произведено кесарево сечение в сроке 31-32 недели беременности, извлечение за ножку.</p> <p>Состояние при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 3 - 5 баллов, по шкале Даунс – 6 баллов, постанывал. Масса тела 1750,0 г, длина – 43 см, окр. головы – 29 см, окр. груди – 27 см. В легких выслушивались крепитирующие хрипы. Переведен в ПИТ. Состояние оставалось тяжелым, отмечалась кислородная зависимость, выражены признаки дыхательной недостаточности. Периодически беспокоилась, срыгивала, отмечалось вздутие живота. Вскармливание через зонд смесью по 5-10 мл. Получала оксигенотерапию, гемостатическую, инфузионную и антибактериальную терапию.</p> <p>На 3 сутки жизни состояние ухудшилось: стала более вялой, появились кратковременные апноэ, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены, в легких - масса разнокалиберных влажных хрипов, развился геморрагический синдром в виде кровянистого отделяемого из носовых ходов, пенистых выделений изо рта, окрашенных кровью. Переведен на масочную подачу кислорода.</p> <p>Анализ крови: Hb – 153 г/л, Эр – $4,8 \times 10^{12}/л$, Лейк. – $5,8 \times 10^9/л$, Ht – 45%, билирубин общий – 34 мкмоль/л, свободный – 28 мкмоль/л.</p> <p>Анализ мочи: следы белка, лейкоциты 4-5 в поле зрения.</p>

	<p>Rg-грамма органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности легочных полей, «размытый» легочный рисунок.</p> <p>Нейросонография: эхонегативные образования в сосудистых сплетениях боковых желудочков.</p> <p>Проводился мониторинг сатурации, диуреза (за время наблюдения диурез достаточный).</p> <p>По экстренным показаниям перелита свежезамороженная плазма.</p> <p>Переведена выездной бригадой реанимации в ОРИТ детской больницы в очень тяжелом состоянии.</p> <p>6. Ваш предварительный диагноз.</p> <p>7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?</p> <p>8. Оцените анализы крови, мочи, Rg-грамму органов грудной клетки и нейросонограмму.</p> <p>9. Какие дополнительные методы исследования необходимы?</p> <p>10. Назначьте лечение.</p>
2.	<p>2. Интранатальная асфиксия: этиологические факторы, патогенез полисистемного действия, диагностика, клинические проявления.</p> <p>2. Мальчик А. родился от первой беременности, первых родов при сроке гестации 34 недели с массой тела 2300,0 г и длиной 45 см. Матери 22 года, студентка, во время беременности интенсивно занималась, отдыхала и гуляла на свежем воздухе мало. Женскую консультацию не посещала. Во 2-й половине беременности появились отёки на ногах. Мать перенесла ОРВИ (температура, катаральные явления) при сроке гестации 28-29 недель, лечение симптоматическое.</p> <p>Состояние ребёнка при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Закричал после отсасывания слизи, применения кислорода. Отмечались цианоз кожи, общая вялость, снижение рефлексов.</p> <p>В последующие дни состояние несколько улучшилось. К груди приложен на 3 день, сосал удовлетворительно. Потеря массы тела к 3 дню жизни составила 300,0 г. Культия пуповины отпала на 5 день жизни.</p> <p>На 6 день ребёнок стал более вялым, поперхивался во время кормления, после кормления синел, дыхание стало неравномерным с частыми апноэ.</p> <p>В возрасте 7 дней мальчик переведён в отделение 2-го этапа выхаживания недоношенных детей в тяжёлом состоянии.</p> <p>11. Какой диагноз можно поставить ребёнку при рождении?</p> <p>12. О присоединении какого заболевания на 6 день жизни можно думать?</p> <p>13. Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?</p> <p>14. Ваша терапевтическая тактика.</p> <p>15. Назовите мероприятия по уходу и вскармливанию ребёнка.</p>

Руководитель ООП, д.м.н., профессор

Летифов Г.М.