Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

_____ / С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

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

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

– лечебная деятельность:

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

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

– реабилитационная деятельность:

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

– психолого-педагогическая деятельность:

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

– организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если обучающийся, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заедание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену.

- Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые выносятся на ГИА.
- В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу.
- Для систематизации знаний необходимо посещение ординатором консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.
- Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология.
- Ординатор должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач.
- В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким.

- Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

Вопросы.

1. Государственная система охраны материнства и детства.
2. Стратегии снижения перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности.
3. Принципы оказания неонатологической помощи.
4. Организационные аспекты скрининга новорожденных на наследственные заболевания.
5. Медицинская этика и деонтология. Взаимоотношения врача-неонатолога с родителями новорожденного ребенка.
   Консультирование и информирование родителей.
6. Неинвазивные методы пренатальной диагностики.
7. Инвазивные методы пренатальной диагностики.
8. Задержка роста плода. Факторы, приводящие к развитию задержки плода. Диагностика задержки роста плода.
9. Лечение и дальнейшее ведение новорожденных с «замедленным ростом плода».
10. Поражения плода и новорожденного, обусловленные вредными воздействиями на мать.
11. Поражения плода и новорожденного, обусловленные употреблением матерью наркотических средств. Система оценки абстинентного синдрома у новорожденных (шкала L.Finnegan).
12. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика.
13. Врожденная цитомегаловирусная инфекция. Тактика ведения новорожденных. Прогноз.
14. Неонатальный герпес. Факторы риска. Клиническая картина. Классификация. Диагностика.
15. Современная противовирусная терапия у новорожденных.
16. Синдром врожденной краснухи. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Терапия. Профилактика.
17. Врожденная вирусная инфекция, вызванная вирусом гепатита В. Профилактика перинатальной трансмиссии вируса гепатита В.
18. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.
19. Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных.
20. Базовая помощь новорожденному в родильном зале.
21. Механизм лактации и состав грудного молока. Основные рекомендации по грудному вскармливанию.
22. Асфиксия новорожденных. Антенатальные и интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных.
23. Оценка по шкале Апгар, ее интерпретация.
24. Алгоритм принятия решения о начале первичных реанимационных мероприятий. Последовательность основных реанимационных мероприятий. Тактика ведения новорожденных после завершения первичных реанимационных мероприятий. Прогноз.
25. Внутричерепная родовая травма. Классификация. Диагностика. Лечение.
26. Паралич Эрба-Дюшена. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Терапия.
27. Паралич Дежерина-Клюмпке. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
28. Гестационный возраст, его оценка. Шкала Баллард.
28. Особенности иммунитета новорожденных.
29. Особенности сердечно-сосудистой системы новорожденных. Кровообращение плода.

Характеристика переходного кровообращения.
30. Особенности системы дыхания. Механизм первого вдоха. Особенности синтеза и функциональное значение сурфактантной системы.
31. Пограничные состояния. Адаптация детей к рождению и условиям внеутробной жизни.
32. Транзиторная потеря первоначальной массы тела. Причины убыли массы.
33. Адаптация дыхательной системы. Адаптация легких при плановом и экстренном кесаревом сечении.
34. Транзиторные нарушения теплового баланса.
35. Адаптация центральной нервной системы. Родовый катарсис. Ипринтинг. Транзиторная неврологическая дисфункция.
36. Транзиторная гипербилирубинемия. Причины. Клинические и лабораторные критерии физиологической желтухи.
37. Транзиторная полицитемия. Дифференциальный диагноз транзиторной полицитемии и полицитемии новорожденного.
38. Противопоказания к грудному вскармливанию. Смеси для вскармливания доношенных детей. Смеси для вскармливания недоношенных детей.
39. Транзиторное тахипноэ новорожденных. Причины. Тактика ведения.
40. Синдром аспирация мекония. Этиология. Патогенез. Диагностика.
41. Синдром аспирации мекония. Лечение. Показания к оксигенотерапии. Показания к искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Стартовые параметры. Медикаментозная терапия. Прогноз.
42. Персистирующая легочная гипертензия новорожденных. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Терапия (немедикаментозная, медикаментозная). Прогноз.
43. Синдром утечки воздуха. Классификация. Механизм развития. Дифференциально-диагностические мероприятия. Лечение.
44. Врожденная пневмония. Эпидемиология. Этиология. Диагностика. Лечение. Профилактика.
45. Неонатальная пневмония, обусловленная аспирацией. Диагностика. Лечение. Профилактика.
46. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся преимущественно артериальной гипоксемией. Транспозиция магистральных сосудов. Пренатальная диагностика. Клиническая симптоматика. Лечение.
47. Врожденные пороки сердца, сопровождающиеся преимущественно сердечной недостаточностью. открытый атриовентрикулярный канал. Коарктация аорты. Пренатальная диагностика. Гемодинамика. Клиническая симптоматика. Лечение.
48. Фетальные и неонатальные аритмии. Диагностика. Лечение.
49. Невоспалительные заболевания миокарда. Кардиомиопатии. Аритмогенная дисфункция миокарда. Диагностика. Лечение.
50. Миокардиты у новорожденных.
51. Ишемия мозга. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Инструментальные исследования.
52. Сочетанные ишемические и геморрагические поражения головного мозга. Клиническая картина. Диагностика.
53. Лечение и профилактика гипоксически-ишемических поражений мозга у новорожденных.
54. Менингит. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
55. Дифференциальная диагностика желтух с непрямой гипербилирубинемией.
56. Дифференциальная диагностика желтух с прямой гипербилирубинемией.
57. Неонатальный холестаз. Тактика ведения детей с прямой гипербилирубинемией. Особенности питания. Медикаментозная терапия. Немедикаментозная терапия.
58. Резус-изоиммунизация плода и новорожденного. Эпидемиология. Тактика ведения беременных. Профилактика.

59. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВО-системе и другим факторам. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Тактика ведения.
60. Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-фактору. Тактика ведения новорожденных на этапе родильного дома. Осложнения.
61. Фототерапия. Показания. Техника проведения.
62. Заменное переливание крови. Показания к проведению заменного переливания крови. Техника операции.
63. Геморрагическая болезнь новорожденного. Классификация. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.
64. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Диагностика. Принципы терапии.
65. Ранний сепсис новорожденных. Этиология. Факторы риска. Эпидемиология. Клиническая картина. Этапы диагностики. Лечение.
66. Дифференциальный диагноз раннего неонатального сепсиса и внутриамниотической инфекции плода.
67. Сепсис новорожденного, обусловленный стрептококком группы В. Варианты течения. Алгоритм обследования беременных женщин. Показания к антибактериальной терапии в родах.
68. Поздний сепсис новорожденных. Факторы риска. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Выбор антибиотика. Патогенетическая терапия.
69. Микозы новорожденных. Классификация. Тактика ведения.
70.Эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфичные для новорожденного. Синдром новорожденного от матери, страдающей диабетом. Сахарный диабет новорожденного.
71. Нарушения электролитного обмена. Коррекция.
72. Нарушения кислотно-основного баланса. Ацидоз. Алкалоз. Коррекция.
73. Неонатальный скрининг. Заболевания, включенные в программу неонатального скрининга в Российской Федерации.
74. Принципы инфузионной терапии у новорожденных. Алгоритм расчета программы инфузионной терапии. Принципы обеспечения сосудистого доступа.
75. Особенности выхаживания новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении.
76. Энтеральное и парентеральное питание детей с экстремально низкой массой тела при рождении.
77. Боль у новорожденных. Немедикаментозные и медикаментозные методы устранения боли.
78. Респираторный дистресс синдром. Методы респираторной терапии. Сурфактантная терапия. Мониторинг.
79. Бронхолегочная дисплазия. Эпидемиология. Классификация. Клиническая картина. Лечение. Прогноз.
80. Поражения головного мозга у недоношенных новорожденных. Внутрижелудочковые кровоизлияния.Тактика ведения. Постгеморрагическая гидроцефалия. Методы купирования повышенного внутричерепного давления.
81. Профилактика инфекционных заболеваний. Вакцинация. Иммунопрофилактика.
82. Шок у новорожденных детей. Варианты шока. Подходы к интенсивной терапии.
83. Искусственная вентиляция легких. Неинвазивная искусственная вентиляция легких. Инвазивная искусственная вентиляция легких. Маневры открытия альвеол.
84. Наследственные заболевания новорожденных. Хромосомные болезни. Моногенные болезни. Митохондриальные болезни. Синдромы с риском неотложных состояний в периоде новорожденности. Диагностика. Неотложная терапия.
85. Принципы антибактериальной терапии у новорожденных. Фармакокинетика антибиотиков у новорожденных.

86.Врожденные и перинатальные нарушения слуха. Раннее выявление и профилактика. Аудиологический скрининг.
87. Судороги у новорожденных. Причины. Клиническая картина. Лечение.
88. Нейропротекция у новорожденных. Краниоцеребральная гипотермия. Перспективные нейропротективные стратегии.
89. Особенности наблюдения и ведения новорожденных на педиатрическом участке. Врачебный и сестринский патронаж. Контроль и коррекция вскармливания.
90. Уход за новорожденным и профилактика дефектов ухода.
91. Анемия недоношенных. Ранняя анемия недоношенных. Поздняя анемия недоношенных. Клиническая картина. Профилактика и лечение поздней анемии недоношенных.
92. Гемотрансфузия в интенсивной терапии новорожденных. Показания к гемотрансфузии. Общие принципы проведения гемотрансфузии. Осложнения и побочные эффекты гемотрансфузии.
93. Артериальная гипертензия у новорожденных. Причины неонатальной гипертензии. Клиническая картина. Лечение.
94. Инфекции мочевыводящих путей у новорожденных. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.
95. Неонатальная гипогликемия. Критерии. Частота. Клиническая картина. Профилактика и лечение гипогликемий у новорожденных.
96. Остеопения недоношенных. Диагностика. Лечение. Профилактика.
97. Оценка неврологического статуса новорожденного. Основные врожденные рефлексы новорожденных. Основные патологические неврологические синдромы у новорожденных.
98. Инфекционные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных. Местная терапия. Общая терапия. Профилактика.
99. Некротизирующий энтероколит. Классификация. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.
100. Оценочные и прогностические шкалы в неонатологии. Шкалы, отражающие тяжеять состояния ребенка. Шкалы полиорганной недостаточности в неонатальном периоде. Шкалы оценки интенсивности боли.

Ситуационные задачи.

1, Ребенок Н., мальчик. Мать – 28 лет. Наблюдалась в женской консультации с 9 недель беременности. Женщина страдает ожирением. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: 1 беременность – роды путем кесарева сечения в сроке 40 нед., мальчик (масса 3 800), 2 беременность – выкидыш в 9 недель, 3 беременность – выкидыш в 11 недель. 4 беременность – настоящая: во время беременности табакокурение (10 сигарет в день), патологическая прибавка в массе (18 кг). Роды путем кесарева сечения в сроке 38 недель. Масса при рождении – 2160, длина тела – 49 см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. На 2-е сутки жизни отмечаются гипервозбудимость, вялое сосание, срыгивания. В клиническом анализе крови – Hb – 242 г/л, Ht – 68 %

Вопросы:
1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Какова тактика ведения в родильном доме (обследование, лечение)?
4. Можно ли выписать ребенка домой?

2. Ребенок Е., мальчик. Мать – 32 года. Наблюдалась в женской консультации с 10 недель беременности. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: 1 беременность – роды в 40 недель, мальчик – 3 700 г (ребенок страдает фенилкетонурией), 2 беременность – мед. аборт, 3 беременность – неразвивающаяся, 4 беременность – настоящая. Роды 2, через

естественные родовые пути, масса при рождении – 3 110 г, длина тела – 50 см, окр головы 35 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

1. Укажите объем базовой помощи новорожденному в родильном зале?
2. Укажите объем базовой помощи новорожденному в палате совместного пребывания матери и ребенка?
3. Каков объем неонатального скрининга?

3. Ребенок А., девочка. Мать – 22 года, здорова. Беременность 1. Наблюдалась в женской консультации с 8 недель. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Роды 1, через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 800 г. Оценка по Апгар – 8/9 баллов. К груди приложена в родильном зале. Сосала активно, исключительно грудное вскармливание. На 3-е сутки жизни масса тела 3 500 г. Во время осмотра на подгузнике выявлены пятна кирпично-красного цвета.

1. Ваше заключение?
2. Обоснуйте происхождение описанных состояний.
3. Рассчитайте объем необходимого питания на третьи сутки жизни.
4. Нужна ли коррекция питания?
5. Возможна ли вакцинация против туберкулеза?

4. Ребенок Н., девочка. Мать – 26 лет. Настоящая беременность – 2. Ребенок от 1 беременности, 1 родов беременности в сроке 38 недель, масса тела при рождении 2 900 умер через 4 часа после рождения (диагноз: врожденная пневмония). В течение настоящей беременности вагинит. В 36 недель беременности бактериурия (стрептококк группы В). Роды 2, в сроке 38 недель, масса при рождении – 2 900 г, оценка по Апгар – 8/9 баллов. Через 4 часа после рождения уровень гликемии – 2,0 ммоль/л. Через 6 часов состояние ухудшается: появляются тахипноэ, стонущее дыхание, нарастает дыхательная недостаточность.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Оцените тактику ведения беременной и роженицы.
4. Какова тактика ведения новорожденного в родильном доме?
5. Обоснуйте принципы терапии.
6. Изложите принципы профилактики данной патологии.

5. Ребенок Н., девочка. Мать – 26 лет. Настоящая беременность – 2. Ребенок от 1 беременности, 1 родов беременности в сроке 38 недель, масса тела при рождении 2 900 г, умер через 4 часа после рождения (диагноз: врожденная пневмония). В течение настоящей беременности вагинит. В 36 недель беременности бактериурия (стрептококк группы В). Роды 2, в сроке 38 недель, масса при рождении – 2 900 г , оценка по Апгар – 8/9 баллов. Через 4 часа после рождения уровень гликемии – 2,0 ммоль/л. Появляется тахипноэ, стонущее дыхание, нарастает дыхательная недостаточность. Осуществлен перевод на искусственную вентиляцию легких, назначена антибактериальная терапия. Через 10 часов после рождения ребенок переведен в ОРИТН городской больницы. Состояние остается крайне тяжелым. На 3-е сутки жизни прокальцитониновый тест (ПКТ) > 10 нг/мл.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика ведения?
3. Обоснуйте принципы терапии.
4. Изложите принципы профилактики данной патологии.
5. Каков прогноз в данном случае?

6. Ребенок С., мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Во второй половине отмечалась избыточная прибавка в массе тела. Роды затяжные. I период – 20 часов, II период – 40 минут. Эпизиотомия не проводилась. Ребенок родился с массой тела 4 700 г, длина тела 54 см. Однократное нетугое обвитие пуповины вокруг шеи. При пальпации ключиц справа определяется припухлость, крепитация.

1. Поставьте диагноз.
2. Поясните причины выявленных изменений.
3. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
5. Можно ли проводить профилактические прививки?

7. Ребенок К, мальчик, родился в сроке 42 недели гестации. Беременность 1, протекала с токсикозом первой половины беременности. С 25 недель – анемия беременных. Роды 1, через естественные родовые пути. Безводный период 12 часов. Масса при рождении 3 950 г. Оценка по Апгар 7/8 баллов. В области правой теменной кости пальпируется образование размером 4 см х 6 см х 1 см, баллотирует, ограничено швами.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины привели к развитию данного заболевания?
3. Какова тактика ведения ребенка в родильном доме?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Требуется ли перевод в стационар?

8. Ребенок П., девочка, в возрасте 7 дней поступила в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности, 2 родов. 2 беременность закончилась медицинским абортом. Женщине 34 года, страдает хроническим пиелонефритом. В течение настоящей беременности бактериурия. Роды 2, через естественные родовые пути, I период 4 часа, II период 10 минут, безводный период 2 часа. Масса тела при рождении 3 200 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В родильном зале приложена к груди, сосала активно. Выписана домой на 4-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии.

На 2-й день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивания. Вызван участковый врач. При осмотре на коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри округлой формы с вялой покрышкой, венчиком гиперемии вокруг размером 5 – 15 мм, легко снимаются.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика ведения новорожденного.
3. Проведите дифференциальный диагноз.

9. Ребенок А., родилась от 1 беременности в сроке 40 недель, протекавшей с легким токсикозом первой половины, 1 родов. Масса тела при рождении 3 300, оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в родильном зале. Сосет активно. При осмотре на 4-е сутки жизни симметричное увеличение грудных желез (кожа над железами не изменена). Метроррагия. Стул при осмотре желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи.

1. Оцените состояние ребенка, сделайте заключение.
2. Необходимы ли лечебные мероприятия?
3. Каковы причины изменений грудных желез и метроррагии?

4. Можно ли выписать ребенка домой?

10. Женщина 32 лет, нерожавшая, со второй доношенной беременностью поступает в родильный дом в I периоде родов. Плодный пузырь цел, температура тела нормальная, частота сердечных сокращений плода в норме. В медицинской карте отмечено, что в 35 нед. беременности у нее из влагалища выделен стрептококк группы В.

1. Обоснуйте тактику ведения родов.

11. Женщина 28 лет, поступает в родильный дом с первой беременностью в сроке 40 недель в I периоде родов. Безводный промежуток 25 часов. Температура тела 38,8^{0}С. Во время беременности не обследована.

1. Обоснуйте тактику ведения родов.
2. Какова тактика ведения новорожденного ребенка?
3. Каких осложнений и заболеваний следует ожидать у новорожденного ребенка?

12. Женщина 25 лет, нерожавшая, с первой доношенной беременностью поступает в родильный дом в I первом периоде родов. Плодный пузырь цел. Температура тела нормальная, частота сердечных сокращений плода в норме. В медицинской карте отмечено, что в 35 нед. беременности у нее из влагалища выделен стрептококк группы В. В анамнезе у женщины имела место тяжелая аллергическая реакция (затруднение дыхания и отек) на бензилпенициллин.

1. Обоснуйте тактику ведения родов и принципы лечения.

13. Ребенок, родившийся от I беременности в сроке 27 недель, с массой тела 800 г находится на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных. Отец ребенка хочет принимать участие в уходе по методу «кенгуру».

1. Что такое уход по методу «кенгуру»?
2. Возможно ли участие отца в уходе по методу «кенгуру»?
3. Каковы преимущества ухода по методу «кенгуру»?
4. Как применяют уход по методу «кенгуру» в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных?

14. Женщина, 24 года, поступила в родильный дом. Беременность 1, в сроке 40 недель. Протекала без особенностей. Активная родовая деятельность. Разрыв плодных оболочек произошел 1 час назад, околоплодные воды светлые. Шейка матки прогрессивно раскрывалась, и через несколько часов родилась девочка в головном предлежании.

Пуповина была пережата и пересечена. Новорожденную обсушили предварительно согретой пеленкой, и ребенок начал кричать.

Девочка активна, у нее громкий крик и хороший мышечный тонус. Ее положили на грудь матери и приложили к груди.

1. Оцените состояние ребенка после рождения.
2. Каков объем базовой помощи новорожденной в родильном зале?
3. Осуществите поддержку грудного вскармливания.
4. Ваши рекомендации по вакцинопрофилактике.
5. Ваши рекомендации по уходу за пуповинным остатком в раннем неонатальном периоде.

15. Повторнородящая женщина поступила в срок в начале родовой деятельности. Вскоре после поступления произошел разрыв околоплодных оболочек, было обнаружено, что околоплодные воды содержат меконий. Роды через естественные родовые пути. Сразу после рождения у ребенка отмечались мышечная гипотония и минимальные дыхательные движения. Масса при рождении 3950 г.

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика ведения в родильном зале.
3. Последовательность реанимационных мероприятий.

16. Первородящая женщина поступила в срок в начале родовой деятельности. Вскоре после поступления произошел разрыв околоплодных оболочек, было обнаружено, что околоплодные воды окрашены мекониеи. Роды через естественные родовые пути. Масса при рождении 3 500 г. У ребенка нормальное дыхание, физиологический мышечный тонус, частота сердечных сокращений 130 в минуту.

1. Нуждается ли ребенок во введении ларингоскопа и эвакуации содержимого из трахеи через эндотрахеальную трубку?
2. Каков объем помощи новорожденному?

17. У женщины 20 лет с гипертензией беременных роды были индуцированы на 38-й неделе беременности. Родился мальчик (масса тела 3 200 г) с мышечной гипотонией и апноэ. Он был помещен под источник лучистого тепла, обсушен теплыми пеленками, были предприняты попытки тактильной стимуляции дыхания похлопыванием по стопам.

После проведенных мероприятий спонтанное дыхание не появилось. Проведена эвакуация содержимого из полости рта и носа. Начата принудительная вентиляция легких с помощью мешка и маски 21%. Частота сердечных сокращений составляет 70 ударов в минуту, дыхательные шумы не выслушиваются.

1. Поставьте диагноз.
2. Каков объем и последовательность дальнейших реанимационных мероприятий?

18. Вы начали принудительную вентиляцию легких под положительным давлением через маску ребенку в апноэ. Частота сердечных сокращений не увеличивается, насыщение крови кислородом не повышается, не удается выслушать дыхательные шумы с обеих сторон грудной клетки.

1. Перечислите 3 возможные причины неэффективности вентиляции легких.

19. Ребенок К., родился от I беременности в сроке 24 недели, с массой тела 600 г.

1. Каковы шансы удовлетворительного развития у новорожденного?
2. Укажите частоту тяжелых резидуальных изменений (детского церебрального паралича, глухоты, слепоты), у недоношенных, родившихся в 23 и 24 нед. беременности.

20. У доношенного ребенка в возрасте 25 дней выявлены гипертрофическая кардиомиопатия, укорочение интервала PR и резкое увеличение амплитуды комплекса QRS.

1. Какое наследственное метаболическое заболевание сопровождается вышеперечисленными признаками?
2. Каковы возможности диагностики?

21. Ребенок В., мальчик, родился от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов через естественные родовые пути. Мать является носительницей HBsAg. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса при рождении 3 440 г.

1. Сделайте заключение о состоянии ребенка.
2. Опишите объем базовой помощи в родильном зале.
3. Охарактеризуйте иммунопрофилактику гепатита В у новорожденного.
4. Можно ли ребенка приложить к груди и когда?

22. Ребенок М., девочка, родилась от 2 беременности в сроке 28 недель, 2 родов. Масса при рождении 1 100 г. Мать является носительницей HBsAg.

1. Каковы принципы профилактики гепатита В у данного ребенка?
2. Укажите временные противопоказания к введению вакцины против гепатита В у новорожденных.

23. У мальчика, рожденного от матери, у которой во время беременности отмечался низкий уровень эстриола в моче, в первые часы жизни выявлены гипонатриемия, гиперкалиемия, гипогликемия.

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Укажите тактику ведения новорожденного.

24. Ребенок Ф., мальчик родился от 1 беременности в сроке 27 недель, 1 родов. Масса при рождении 700 г. 2-е сутки жизни.

1. Определите вид нутритивной поддержки.
2. Укажите потребность в основных нутриентах (белки, жиры, углеводы).
3. Оцените объем жидкости, который требуется новорожденному.

25. Ребенок Н., мальчик родился от 1 беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, 1 родов в сроке 39 недель. Масса при рождении 3 880 г., длина тела 52 см. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Матери кажется, что ребенку на 4-е сутки жизни не хватает молока.

1. Как на первой неделе после родов проверить, достаточно ли получаемое ребенком количество молока?
2. Укажите факторы, влияющие на лактацию.
3. Опишите мероприятия по поддержке грудного вскармливания.

26. У недоношенного ребенка 2 месяцев, родившегося при сроке беременности 26 недель, диагностированы переломы обеих плечевых костей. Ребенок получает 400 МЕ витамина D в сутки.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие обследования следует провести?
3. Тактика ведения (вскармливание, лечение).
4. Прогноз.

27. Ребенок С., мальчик, от 3 беременности, 1 родов. Предыдущие беременности закончились медицинскими абортами. У матери Rh-отрицательный, у отца Rh+

положительный. Во время беременности титр Rh-антител 1: 32. Ребенок родился в 40 недель гестации, масса при рождении 3 600 г, оценка по Апгар 8/9 баллов.

1. Тактика ведения новорожденного.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Можно ли делать профилактические прививки?

28. Ребенок М., девочка от 1 беременности, 1 родов. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) Rh+положительный; группа крови и Rh-фактор отца AB(IV) Rh+положительный. Ребенок родился в сроке гестации 39 недель, масса при рождении 3 300 г., оценка по Апгар 8/9 баллов. Группа крови и Rh-ребенка B(III)Rh+положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л. Начата фототерапия. При контроле через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/. Почасовой прирост 8,3 мкмоль/л/час.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение. Имеются ли показания к заменному переливанию крови?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
4. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

29. Ребенок С., девочка от 1 беременности, 1 родов. У отца ребенка наследственная гемолитическая анемия Минковского-Шофара, в 6 лет проведена спленэктомия. Группа крови и Rh-фактор матери O(I) RH+положительный, группа крови и Rh-фактор отца O(I)Rh+положительный. У ребенка определена кровь O(I)Rh+положительный. К концу 1-х суток жизни появляется иктеричный оттенок кожи, общ. билирубин в возрасте 23 часов жизни 190 мкмоль/л. Начата интенсивная фототерапия. Через 6 часов общ. билирубин 222 мкмоль/л. К концу 2-х суток жизни (47 часов) общ. билирубин 275 мкмоль/л. Hb 170 г/л.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Укажите тип наследования наследственной гемолитической анемии Минковского-Шофара.
3. Диагностика наследственной гемолитической анемии Минковского-Шофара.
4. Какова тактика ведения новорожденного?
5. Какова маршрутизация новорожденного?

30. Ребенок Н., мальчик от 1 беременности в сроке 39 недель, 1 родов. У матери аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура. Ребенок родился в удовлетворительном состоянии. Масса при рождении 3 440 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. В 1-е сутки жизни количество тромбоцитов 28 000 в 1 мкл. Длительное кровотечение из мест взятия капиллярной крови.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Терапия.
5. Тактика ведения новорожденного.

31. При первом осмотре у доношенного новорожденного мальчика выявлено объемное образование в животе. По данным УЗИ, оно исходит из правой почки.

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Какое лечение показано?
3. Прогноз.

32. У 10-дневного мальчика в течение 2 дней – лихорадка, срыгивания, вялость и желтуха. При поступлении в стационар температура 39^0С, частота сердечных сокращений 170 в 1 минуту, явных инфекционных очагов нет. Данные лабораторных исследований: общий билирубин - 160,9 мкмоль/л, прямой билирубин - 34,2 мкмоль/л, лейкоцитоз - 25 000 в 1 мкл, в моче 60 лейкоцитов в поле зрения.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Каковы наиболее распространенные возбудители?
4. Терапевтическая тактика.

33. Ребенок А., девочка родилась от 1 беременности в сроке 38 недель, 1 родов. У матери ВИЧ-инфекция. Употребляет героин в течение 5 лет. На учете в женской консультации не состояла. Антиретровирусную профилактику во время беременности не получала. Масса при рождении 2 400 г., оценка по Апгар 7/8 баллов.

1. Каков риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в данном случае?
2. Какие факторы повышают риск перинатальной передачи ВИЧ?
3. Какая схема антиретровирусной терапии для новорожденного, если мать не получала антиретровирусные препараты во время беременности?
4. Какое исследование наиболее информативно в диагностике ВИЧ-инфекции у новорожденных и когда его следует производить?

34. При осмотре доношенного мальчика в возрасте 14 дней тяжелая генерализованная мышечная гипотония. Ребенок от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов путем кесарева сечения. Хориоамнионит, вторичная слабость родовой деятельности. Масса при рождении 3 800 г, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

1. Какие заболевания новорожденных сопровождаются генерализованной мышечной гипотонией?
2. Какие компоненты входят в двигательную часть рефлекторной дуги?
3. Почему в дифференциальной диагностике генерализованной мышечной гипотонии следует учитывать предполагаемый уровень поражения?
4. Какие исследования используют в дифференциальной диагностике генерализованной мышечной гипотонии?

35. Новорожденный мальчик от первой беременности, протекавшей на фоне сочетанного гестоза легкой степени, хронического пиелонефрита вне обострения, ОРВИ на сроке гестации 18/20 недель, родился через естественные родовые пути на сроке гестации 38/39 недель. 1 период 10 ч 35 мин, 2 период 10 мин, безводный промежуток 10 часов 25 мин. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении 3800 г, длина тела 54 см. Приложен к груди в родильном зале.

1 Какой комплекс лечебно-профилактических мероприятий должен быть проведен этому ребенку к 4 суткам жизни?

36. В приемный покой поступает женщина в потужном периоде со сроком беременности 36 недель. На учете в женской консультации не состояла, не обследована. Со слов женщины беременность 8, роды 3, употребляет инъекционные наркотики в течение 3х лет. Экспресс-тест на ВИЧ отрицательный.

1. Показана ли ребенку антиретровирусная терапия?
2. Если антиретровирусная терапия показана, то по какой схеме?

37. Новорожденный от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности на сроке гестации 12/13, 17/18, 23/24, 27, 28 недель (стационарное лечение), ОРЗ с повышением температуры до 38^0С на сроке гестации 35/36 недель, хронической никотиновой интоксикации. Роды 1 (1 м/а, 2 – выкидыш на раннем роке) на сроке гестации 39 недель. 1 период 18 часов, первичная слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от родостимуляции, начавшаяся гипоксия плода, экстренное кесарево сечение. Безводный промежуток 16 часов 10 мин. Воды мекониальные. Извлечен на 3 минуте эндотрахеального наркоза за головной конец. При рождении крика нет, руки и ноги «свисают», дыхательные движения отсутствуют, ЧСС 80 уд в мин.

1. Каковы первичные мероприятия и порядок действий на 1-ой минуте после рождения?

38. Доношенный новорожденный (масса тела 3 800 г.) от 1 беременности, 1 родов через естественные родовые пути в заднем виде затылочного вставления, околоплодные воды светлые, вакуум-экстракция плода. При рождении атония, арефлексия, дыхательные движения отсутствуют, ЧСС 30 уд в мин, реакции на тактильную стимуляцию нет, проведен продленный вдох с последующей ИВЛ через лицевую маску в течение 30 сек. На этом фоне самостоятельное дыхание отсутствует, ЧСС 50 уд в мин.

1 Каковы дальнейшие действия?
2 Какую оценку по шкале Апгар имеет ребенок в конце 1 мин жизни?

39. У доношенного новорожденного от женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (миома матки, эктопия шейки маки, уреаплазмоз), соматический анамнез не отягощен, от 3 беременности, 3 срочных родов через естественные родовые пути. 1 период 5 ч 45 мин, 2 период 10 мин, безводный промежуток 5 ч 10 мин, воды мекониальные. Ребенок родился с массой тела 3500 г, длиной тела 52 см в состоянии асфиксии с аспирацией мекониальных вод. Оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Возраст 7 мин жизни: ребенок интубирован, ИВЛ мешком Амбу Fi O2 0,5 Рвд 28 мм рт ст, в сознании, реакция на манипуляции снижена, ЧСС 142 ударов в мин, кожные покровы розовые с выраженным акроцианозом, дыхание в легких проводится во все отделы, ослаблено, распространенные крепитирующие и разнокалиберные хрипы, сохраняется мышечная гипотония. На 8 мин жизни резкое ухудшение состояния, разлитой цианоз, брадикардия.

1 Предполагаемая причина ухудшения состояния?
2 Предполагаемый диагноз?
3 Каковы диагностические и лечебные мероприятия?

40. Доношенный новорожденный (масса 3 450 г) от 1 беременности, 1 родов путем операции экстренного кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, воды с кровью. При рождении атония, арефлексия, дыхательные движения отсутствуют, единичные сердцебиения. Проводимые реанимационные мероприятия: интубация трахеи, санация ТБД (санируется кровь в большом количестве), ИВЛ через интубационную трубку мешком Амбу 30 сек, →ЧСС 40 уд в мин, атония, арефлексия, дыхание отсутствует → ИВЛ 100% O2 + НМС в течение 30 сек → ЧСС 40 уд в мин, атония, арефлексия, дыхание отсутствует.

1. Ваши дальнейшие действия.

41. Новорожденная девочка от матери 29 лет с отягощенным соматическим (хронический пиелонефрит, хроническая герпетическая инфекция), отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (рубец на матке после кесарева сечения), от 2 беременности, протекавшей на фоне бактериального вагиноза, кандидоза угрозы прерывания, анемии средней степени тяжести. Роды 2 преждевременные в сроке 34 недели гестации. Профилактика респираторного дистресс синдрома не проводилась. I период - 5 ч 20 мин; II период 10 мин, безводный промежуток - 6 час. Воды: светлые. При рождении: масса 1910 г, длина тела 46 см, окружность головы 29 см, окружность груди 28 см. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Закричала сразу. Крик громкий, прерывистый, стонущий. Мышечный тонус флексорный, соответствует сроку гестации. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 136 в мин., ЧД 64 в мин. Дыхание регулярное с втяжением межреберий и грудины на вдохе. Аускультативно дыхание ослаблено по всем полям, хрипов нет. Сатурация 92% без дополнительного кислорода. К 10 мин жизни на самостоятельном дыхании с дотацией дополнительного кислорода, ЧД 78 в мин, аускультативно дыхание резко ослаблено по всем полям, хрипов нет. Сатурация 90-92%. Без дополнительного кислорода сатурация 80-85%. Кислотно-основное состояние крови: pH 7,23; PCO2 82 мм рт ст; PO2 43 мм рт ст; BE -12 HCO3 16 ммоль/л; лактат 1,9 ммоль/л. В клиническом анализе крови лейкоциты $48,6*10^9$ эритроциты $6,26*10^{12}$, Hb 215 г/л, Ht 68% тромбоциты $279*10^9$.

1 Оцените динамику состояние ребенка, проведенные мероприятия.
2 Ваш предполагаемый диагноз, лечебно-диагностические мероприятия?
3 Дайте оценку физического развития

42. Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 28 и 5/7 недели, родился с массой 1380 г, длиной тела 39 см, окружностью головы 27 см, груди 24 см. На 5 сутки жизни масса ребенка – 1250 г. Состояние ребенка тяжелое за счет незрелости, дыхательных нарушений. Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Большой родничок 1 см х 1 см, не напряжен. Выхаживается в кювезе. Кожа, слизистые чистые, иктеричные. Тоны сердца ритмичные, уд. звучности. ЧСС 142 в мин АД 56/38 ср 36 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. Респираторная поддержка n-CPAP Fi O2 0,3 PEEP +6 см вод ст. Механика дыхания удовлетворительная. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95% Кислотно-основное состояние крови: pH 7,38 PCO2 49 PO2 52 BE – 3 HCO3 21 лактат 1,2. Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул отходит, по желудочному зонду отделяемого нет. Темп диуреза 2,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты $42,6*10^9$ эритроциты $4,3*10^{12}$, Hb 189 г/л, Ht 59% тромбоциты $279*10^9$ В клиническом анализе крови на 5 сутки жизни: лейкоциты $25,6*10^9$, п/я 4%, с/я 43%, э 2%, м 8%, л 43%, эритроциты $4,4*10^{12}$, Hb 168 г/л, Ht 53% тромбоциты $380*10^9$

1 Оцените состояние ребенка, антропометрические данные.
2 Произведите расчет энтерального питания и инфузионной терапии.

43. Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 26 и 3/7 недели, родился с массой 930г, длиной тела 34 см, окружностью головы 24 см, окружностью груди 22 см. На 15 сутки жизни масса тела ребенка – 1050 г, длина тела - 35 см, окружность головы - 25 см. Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Большой родничок 1 см х 1 см, не выбухает, не напряжен. Выхаживается в кювезе. Кожа, слизистые чистые, субиктеричные. Тоны сердца ритмичные, уд. звучности. ЧСС 142 в мин АД 56/38 ср 36 мм рт ст. Симптом

белого пятна 3,5 сек. Респираторная поддержка n-CPAP: Fi O2 0,3 PEEP +6 см вод ст. Механика дыхания удовлетворительная. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95% . Кислотно-основное состояние крови: pH 7,38; PCO2 49 мм рт ст; PO2 52 мм рт ст; BE – 3; HCO3 21 ммоль/л; лактат 1,2 ммоль/л. Живот мягкий подвздут, петли кишечника контурируются, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Получает энтеральное питание смесью пре-Нутрилон «0» по 25 мл х 8 раз в сутки через зонд микроструйно за 1 час. Стул отходит, по желудочному зонду от 2 до 5 мл остаточного объема створоженной смеси с примесью желчи. Темп диуреза 4,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты $42,6*10^9$ эритроциты $4,3*10^{12}$, Hb 189 г/л, Ht 59% тромбоциты $279*10^9$. Получает антибактериальую терапию (ампициллин и амикацин). В клиническом анализе крови к 15 суткам жизни лейкоциты $12*10^9$ п/я 2%, с/я 32% Э 2%, М 12% Л 52% эритроциты $3,4*10^{12}$, Hb 168 г/л, Ht 42% тромбоциты $380*10^9$. На 17 сутки жизни отмечается ухудшение состояния ребенка, синдром угнетения ЦНС, сероватый колорит кожных покровов, вздутие живота, передняя брюшная стенка напряжена, по желудочному зонду получено 15 мл содержимого изумрудного цвета. В клиническом анализе крови лейкоциты $3,8 *10^9$, метамиелоциты – 3%, миелоциты - 4% п/я - 22%, с/я - 32%, эозинофилы - 2%, моноциты - 22%, лимфоциты - 15%, эритроциты $3,2*10^{12}$, Hb 145 г/л, Ht 32%, тромбоциты - $120*10^9$.

1 Каков предполагаемый диагноз?
2 Каковы лечебно-диагностические мероприятия?

44. Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 26 и 3/7 недели, родился с массой 930 г, длиной 34 см, окружностью головы 24 см, груди 22 см. На 15 сутки жизни масса тела ребенка – 1050 г, длина - 35 см, окружность головы – 25 см Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Большой родничок 1.5 см х 1,5 см, не выбухает, не напряжен. Выхаживается в кювезе. Кожа, слизистые чистые, субиктеричные. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 142 удара в минуту, АД 56/38 ср 36 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. Респираторная поддержка n-CPAP: Fi O2 0,3 PEEP +6 см вод ст. Механика дыхания удовлетворительная. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95%. Кислотно-основное состояние крови: pH 7,38 PCO2 49 PO2 52 BE – 3 HCO3 21 лактат 1,2. Живот мягкий, не вздут, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Получает энтеральное питание смесью пре-Нутрилон «0» по 18 мл х 8 раз в сутки через зонд микроструйно за 1 час, усваивает. Стул отходит, по желудочному зонду от 2 до 5 мл остаточного объема створоженной смеси с примесью желчи. Темп диуреза 4,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты $42,6*10^9$, эритроциты $4,3*10^{12}$, Hb 189 г/л, Ht 59%, тромбоциты $279*10^9$. Получает антибактериальую терапию ампициллин+амикацин. В клиническом анализе крови к 15 суткам жизни лейкоциты $12*10^9$ п/я 2%, с/я 32%, э 2%, м 12%, л 52%, эритроциты $3,4*10^{12}$, Hb 168 г/л, Ht 42%, тромбоциты $380*10^9$ На 17 сутки жизни отмечается ухудшение состояния ребенка, нарастание дыхательной недостаточности, увеличение потребности в дополнительном кислороде, отмечаются эпизоды апное и десатураций. Живот подвздут, доступен пальпации, по желудочному зонду до ½ объема питания без патологических примесей. В клиническом анализе крови лейкоциты $13,8 *10^9$, п/я 2%, с/я 28%, э 1%, м 22%, л 47%, эритроциты $3,2*10^{12}$, Hb 145 г/л, Ht 32%, тромбоциты $220*10^9$.

1 Предполагаемый диагноз.
2 Каковы лечебно-диагностические мероприятия?

45. Недоношенный мальчик, рожденный на сроке гестации 28 и 5/7 недели, родился с массой 1030 г , длиной тела 38 см, окружностью головы 26 см, окружностью груди 24 см. Выхаживался в кювезе. Реакция на осмотр в виде усиления двигательной активности, гримасы плача. Мышечный тонус диффузно снижен, рефлексы новорожденных вызываются не в полном объеме, нестойкие, судорог и очаговой неврологической симптоматики нет. Большой родничок 1 см х 1 см, не напряжен. Кожа чистая, с иктеричным оттенком. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 142 в мин, АД 62/46 ср 44 мм рт ст. Симптом белого пятна 3,5 сек. На ИВЛ Fi O2 0,3; Рвд 23; Рвыд +6 см вод. ст.; ЧД 30. Механика дыхания удовлетворительная. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы крепитирующие. Сатурация 95%. Кислотно-основное состояние крови: pH 7,54; PCO2 18 мм рт ст; PO2 52 мм рт ст; BE + 3; HCO3 25ммоль/л; лактат 1,2. Электролиты: натрий 156 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л. Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул отходит, по желудочному зонду отделяемого нет. Темп диуреза 6,4 мл/кг/ч. В клиническом анализе крови при рождении лейкоциты $42,6*10^9$ эритроциты $4,3*10^{12}$, Hb 189 г/л, Ht 59% тромбоциты $149*10^9$ На 3 сутки жизни масса тела ребенка – 1250 г. Состояние с ухудшением за счет синдрома угнетения ЦНС, мышечный тонус снижен, реакция на осмотр резко снижена, отмечаются частые эпизоды апное, окружность головы 26,5 см. Большой родничок 2 см х 2 см, выполнен, не напряжен, сагиттальный шов 0,3 см. Гемодинамика нестабильная, требует назначения вазопрессорных препаратов. Живот подвздут, доступен пальпации, Стул был. В клиническом анализе крови $25,6*10^9$ п/я 4%, с/я 43% Э 2%, М 8% Л 43% эритроциты $2,3*10^{12}$, Hb 134 г/л, Ht 35% тромбоциты $128*10^9$.

1 Предполагаемый диагноз.
2 Каковы лечебно-диагностические мероприятия?

46. Недоношенный 32 недели гестации, постконцептуальный возраст 35 недель. При рождении масса тела 1180 г, длина тела 40 см, окружность головы 28 см. На момент осмотра масса тела 2058 г, длина тела 43 см, окружность головы 32 см.

1 Оцените физическое развитие ребенка.
2 Произведите расчет энтерального и парентеральное питание, исходя из физиологических потребностей и учитывая, что ребенок усваивает 1/3 физиологического объема питания.

47. Ребёнок от 3 беременности, 2 преждевременных родов на 33 неделе беременности. Во время беременности в сроке 30 недель женщина перенесла пиелонефрит. В родах околоплодные воды мутные, с запахом. При исследовании плаценты обнаружен плацентит. Оценка по шкале Апгар 6/7 б. Масса тела при рождении 1350 г., длина 39 см. Состояние с первых часов жизни тяжёлое в силу недоношенности, дыхательной недостаточности, термолабилен. В течение первых 6 часов жизни наблюдается нарастание дыхательной недостаточности, выраженное угнетение ЦНС. Дыхательная недостаточность с участием вспомогательной мускулатуры. В лёгких ослабленное дыхание, хрипы влажные по всем полям, ЧД – 74 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, склонность к брадикардии, ЧСС 116 ударов 1 минуту. Живот слегка вздут, в желудке остаточный объём 2-3 мл (ребенок не кормился), печень не увеличена. Стула не было, перистальтика ослабленная. Диурез 0,5 мл/кг/час. В анализе крови: Эр. - 4,4 млн., Hb - 146 г/л, лейкоциты - 15,0 тыс., п-22%, с-48%, л-15%, м-5%. Тромбоциты - 90 000. Анализ мочи, копрограмма в норме. СРБ 6,8 мг/л. Кислотно-основное состояние крови: pCO_2 – 45 мм.рт.ст., pO_2 - 30 мм.рт.ст., pH – 7,15, HCO_3 18 ммоль/л.

1 Каков предполагаемый диагноз?
2 Какова дальнейшая тактика ведения?

48. Ребенок рожден от 1-ой беременности, протекавшей с гестозом, фетоплацентарной недостаточностью на фоне гипертонической болезни, 1-ых преждевременных родов на 27 неделе гестации весом 800 г., длиной - 34 см., с оценкой по Апгар 3/5 баллов. С рождения состояние очень тяжелое, клиника респираторного дистресс синдрома, кожные покровы бледно-иктеричные, склонность к брадикардии. В неврологическом статусе превалировала симптоматика угнетения ЦНС. На НСГ диагностировано ВЖК III ст. На 14-е сутки жизни состояние с отрицательной динамикой, стали отмечаться подъемы t тела до 38°С, появились признаки гиперестезии, серый колорит кожных покровов. В клиническом анализе крови: эритроциты-2,1 х 10^{12}/л, Hb- 95 г/л, лейкоциты - 18,6 х 10^{9}/л, п- 12%, с-67%, л- 19%, м-2%. С диагностической целью проведена люмбальная пункция, ликор вытекал частыми каплями, ксанохромный, реакция Панди +, белок- 0,4 г/л, цитоз - 2350 клеток (нейтрофилы- 2125, лимфоциты- 125, макрофаги- 100), выщелоченные эритроциты -20-35-47 п/зрения.

1 Каков предполагаемый диагноз?
2 Какова дальнейшая тактика ведения?

49. Новорожденный мальчик, рожденный на сроке гестации 24 недели с массой тела 630 г, длиной 30 см, окружностью головы 22 см, окружностью груди 20 см.

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Произведите расчет энтерального и парентерального питания на 1-е, 5-е, 16-е, 25-е сутки жизни, исходя из физиологических потребностей и стабильного кардио-респираторного статуса ребенка.

50. Новорожденный мальчик, рожденный на сроке гестации 30 недели с массой тела 960 г, длиной тела 35 см, окружностью головы 26 см, окружностью груди 23 см. На 21 сутки жизни масса тела 1110 г, длина тела 40 см, окружность головы 29 см, окружность груди 25 см.

1. Оцените физическое развитие.
2. Произведите расчет энтерального и парентерального питания, исходя из физиологических потребностей.

Таблица проверки формирования компетенций.

Номер компетенции	Описание	Номера вопросов	Номера ситуационных задач
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-100	1-50
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1-5, 10-21	1-50
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее или высшее образование в порядке, установленном федеральным	1-100	1-50

	органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1-100	1-50
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми	1-5, 21, 38, 75,76. 80, 81, 89, 90, 91, 96-98	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	1,2	
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей	1-4	
ПК-5	готовность к определению у пациентов нозологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	9-89, 90-100	1-50
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи	9-100	1-50
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	9-100	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, медикаментозной терапии и других методов лечения у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	9, 11, 12, 25-27, 53. 57, 79, 80, 84, 86	
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1,2, 89, 90	1-50

ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1-4	
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1-4	
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	1-3	

5.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Александрович Ю.С. Интенсивная терапия новорожденных. Руководство для врачей/ Ю.С.Александрович, К.В.Пшениснов. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2013. – 672 с.
2. Атлас манипуляций в неонатологии/ под ред. Мхайри Дж.Мак-Дональд, Джаяшри Рамасезу; пер. с англ. В.В.Пожарского; под ред. д.м.н. И.И.Рюминой, проф. Е.Н.Байбариной. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 496 с.
3. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей/ под ред. проф. Г.В.Яцык. – М.: ПедиатрЪ. 2012. – 155 с.
4. Иванов Д.О. Нарушения обмена глюкозы у новорожденных. – ООО «Издательство Н-Л», 2012. – 100 с.
5. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей./М-во здравоохранения и соц. Развития Российской Федерации; под ред. А.А. Баранова. – Союз педиатров России, 2012. – 692 с.
6. Национальное руководство. Неонатология. Краткое издание/Под ред. Н.Н.Володина. – М.:ГОЭТАР – Медиа, 2013.- 896 с.
7. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П.Шабалов. – 6-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
8. Неонатология: в 2 т./ под ред. Т.Л.Гомеллы. М.Д.Каннингама, Ф.Г.Эяля; пер. с англ. Под ред. д-ра мед. наук, проф. Д.Н.Дегтярева. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015.
9. Неонатология. Практические рекомендации. Р.Рооз, О.Генцель-Боровичени, Г.Прокитте.- М.: Медицинская литература, 2011. – 568 с.
10. Руководство по перинатологии/ред. Д.О.Иванов.- СПб.:Информ-Навигатор. 2015. - 1216 с.
11. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XVI//Под ред. А.Г.Чучалина – М.: ООО «Здоровье человека», 2015. – 1015 с.
12. Анемии новорожденных. Диагностика, профилактика, лечение (Национальные клинические рекомендации). 2015. 34 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
13. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении (Национальные клинические рекомендации). 2015. 33 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
14. Ведение новорожденных с респираторным дистресс синдромом (Национальные клинические рекомендации). 2014. 39 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.

15. Внутрижелудочковые кровоизлияния, постгеморрагическа гидроцефалия у новорожденных детей. Принципы оказания медицинской помощи (Национальные клинические рекомендации). 2015. 29 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
16. Шок у новорожденных (Национальные клинические рекомендации). 2015. 25 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
17. Энтеральное вскармливание недоношенных детей (Национальные клинические рекомендации). 2015. 28 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru
18. Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных (Национальные клинические рекомендации).2014. 63 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
19. Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденных (Национальные клинические рекомендации). 2015. 22 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru
20. Диагностика и лечение гемолитической болезни новорожденных (Национальные клинические рекомендации). 2015. 38 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru
21. Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (Национальные клинические рекомендации). 2015. 34 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru
22. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса (Национальные клинические рекомендации); 2016. 42 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
23. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденных инфекций, вызванных вирусами простого герпеса (Национальные клинические рекомендации). 2016. 26 с. [Электронный ресурс], -www.femb.ru.
24. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденной инфекции, вызванной парвовирусом B19V (Национальные клинические рекомендации). 2016. 21 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
25. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного токсоплазмоза (Национальные клинические рекомендации). 2016. 28 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru.
26. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденной цитомегаловирусной инфекции (Национальные клинические рекомендации). 2016. 30 с. [Электронный ресурс], - www.femb.ru..

Дополнительная литература:

1. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. – СПб.: Нестор-История, 2009. – 252 с.
2. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство в 2 т. /Под ред В.В.Долгова, В.В.Меньшикова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Неонатология: национальное руководство/Под ред. Н.Н. Володина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009 – 848 с.- (Серия «Национальные руководства»).
4. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. – М.: МЕДпресс-информ. 2010. – 342 с.
5. Реанимация новорожденных/Под ред. Дж.Каттвинкеля; пер. с англ.; под ред. М.А.Дегтяревой.- М.: Логосфера, 2012. – 408 с.
6. Neonatology.Management. Procedures. On-call Problems. Diseases, and Drugs/T.L. Gomella. Lange, 2011. 894 p.
7. Neonatology at a Glance/Tom Lissauer, Avroy A.Fanaroff. WILLEY-BLACKWELL, 2011. 200 p.

Методические рекомендации и пособия по изучению программы:

1. Александрович Ю.С., Пшениснов К.В. Респираторная поддержка в неонатологии. Пособие для врачей. Изд-во «Адмирал». – СПб. 2013. – 98 с.
2. Александрович И.В., Шатилло И.М. Дифференциальный диагноз неонатальных желтух. Учебное пособие. СПб.: Издательство ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2016. – 50 с.
3. Клинические протоколы оказания медицинской помощи в условиях родильного дома: учебное пособие/Под ред. Ф.П.Романюка, А.С.Иова, В.А.Любименко – СПб.: Астерион, 2015. – 68 с.
4. Методическое письмо № 15-4/10/2-3204 от 21 апреля 2010 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.11.2012 г. № 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"».
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2012 №572н «Об утверждении Положения об организации оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями на 12 января 2016 года).
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 №1687 «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».