

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Матвеев Роман Сталинович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 28.06.2023 14:12:46  
Уникальный программный ключ:  
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a00d4150c0e718

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики  
дополнительного профессионального образования  
«Институт усовершенствования врачей»  
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

**УТВЕРЖДАЮ**

Ректор ГАУ ДПО «Институт  
усовершенствования врачей»  
Минздрава Чувашии

Р.С. Матвеев

« 30 » 105 2023 г.



**Рабочая программа  
Государственной итоговой аттестации**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:

**31.08.18 Неонатология**

Квалификация – **Врач-неонатолог**

Форма обучения – **очная**

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.18 «Неонатология» составлена на основании федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология», утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 30.06.2021 № 559 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.18 «Неонатология» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.07.2021 № 64401).

**СОСТАВИТЕЛИ:**

Иванова И.Е. д.м.н., доцент  
Родионов В.А. д.м.н., профессор  
Егорова И.Н. к.м.н., доцент  
Лукоянов Д.В., к.м.н.



**ОБСУЖДЕНО**

на заседании кафедры педиатрии, протокол № 9 от «24» 05 2023 г.

**ОДОБРЕНО** на заседании Учебно-методического совета

Протокол № 2 от «30» 05 2023 г.

## Оглавление

1. Цель .....	4
2. Место в учебном процессе .....	4
3. Результаты обучения.....	4
4. Объем государственной итоговой аттестации .....	8
5. Оценочные средства для контроля качества освоения линии.....	10
5.1. Формы контроля и критерии оценивания .....	10
5.2. Оценочные средства.....	10
6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины .....	38
6.1. Основная литература.....	38
6.2. Дополнительная литература .....	38
6.3. Нормативные документы .....	40
6.4. Электронные ресурсы .....	42

## Программа государственной итоговой аттестации

### 1. Цель

**Цель государственной итоговой аттестации:** определение уровня практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональных задач в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

### 2. Место в учебном процессе

Государственная итоговая аттестация относится к обязательной части Блока 3 «Государственная итоговая аттестация» программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология.

### 3. Результаты обучения

В соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 Неонатология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) на государственной итоговой аттестации проверяется сформированность у выпускников следующих компетенций (табл.1-3).

Таблица 1

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК 2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели

	медицинской помощи населению	УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Таблица 2

### Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач
		ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности

<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан</p> <p>ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>
<p>Педагогическая деятельность</p>	<p>ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность</p>	<p>ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия</p> <p>ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся</p>
<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование новорожденных детей различного гестационного возраста, включая недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении</p> <p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования</p>
	<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения</p>
	<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями периода новорожденности и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях периода новорожденности, в том</p>

		числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу  ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения  ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации  ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1 Оценивает состояние пациентов  ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Таблица 3

### Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям по профилю «неонатология»	ПК-1.1 Оказывает медицинскую помощь новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале) ПК-1.2 Проводит медицинское обследование новорожденных и	02.026 Профессиональный стандарт - Врач-неонатолог

		<p>недоношенных детей с целью установления диагноза</p> <p>ПК-1.3 Проводит вскармливание, выхаживание и лечение новорожденных и недоношенных детей</p> <p>ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарногигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-1.5 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p>	
Организационно-управленческая деятельность	<p>ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-2.1 Поводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, контролирует качество ее ведения</p> <p>ПК-2.3 Обеспечивает внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонал</p>	02.026 Профессиональный стандарт - Врач-неонатолог
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	<p>ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний</p>	<p>ПК-3.1 Планирует научноисследовательскую деятельность</p> <p>ПК-3.2 Осуществляет научноисследовательскую деятельность</p> <p>ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний</p>	Анализ отечественного и зарубежного опыта

#### 4. Объем государственной итоговой аттестации

Общая трудоемкость государственной итоговой аттестации составляет 108 часов, 3 зачетные единицы.

Распределение часов по видам учебной работы представлено в таблице 4.

Таблица 4

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		1	2	3	4
<b>Аудиторные занятия (всего)</b>	<b>6</b>	–	–	–	<b>6</b>
В том числе:					
Лекции	6	–	–	–	6
Практические занятия	–	–	–	–	–
Семинары	–	–	–	–	–
Лабораторные занятия	–	–	–	–	–
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	<b>102</b>	–	–	–	<b>102</b>
В том числе:					
<i>Другие виды самостоятельной работы (подготовка к государственной итоговой аттестации, работа с отечественной и зарубежной литературой, работа с Интернет-ресурсами)</i>	102	–	–	–	102
<b>Общая трудоемкость</b>	<b>108 часов,</b>				
<b>3 зач. ед.</b>	<b>3</b>	–	–	–	<b>3</b>

## 5. Оценочные средства для контроля качества освоения дисциплины

### 5.1. Формы контроля и критерии оценивания

Государственная итоговая аттестация программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.18 Неонатология осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по неонатологии. Экзамен проводится в устной форме по билетам. Билет включает в себя 2 теоретических вопроса и ситуационную задачу.

#### Критерии контроля знаний

Оценка	Критерии
<i>«Отлично»</i>	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы
<i>«Хорошо»</i>	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
<i>«Удовлетворительно»</i>	Ординатор показывает частичное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета
<i>«Неудовлетворительно»</i>	Ординатор не показывает освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

### 5.2. Оценочные средства

#### Перечень вопросов для собеседования

1. Адреногенитальный синдром. Распространенность. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
2. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта недоношенных детей.
3. Анемии недоношенных. Ранняя анемия. Поздняя анемия. Дифференциальная диагностика анемий недоношенных. Трансфузии эритроцитарной массы.
4. Анемические синдромы у новорожденных.
5. Артрит (бактериальный) септический. Этиология. Патогенез. Особенности клинической картины. Диагноз. Лечение.
6. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении. Стабилизация состояния ребенка в родильном зале. Коррекция синдрома дыхательных расстройств. Респираторная поддержка.
7. Бактериальный сепсис у новорожденных и детей раннего возраста. Эпидемиология. Материнские факторы риска. Неонатальные факторы риска. Этиология и иммунопатогенез. Классификация сепсиса новорожденных. Тактика ведения детей из группы высокого риска. Особенности сепсиса, вызванного грамотрицательной микрофлорой. Особенности сепсиса, вызванного грамположительной микрофлорой. Профилактика. Диагностика. Лечение.
8. Болезни кишечника, протекающие с синдромом мальабсорбции, в неонатальном периоде. Врожденная хлоридная диарея. Мальабсорбция углеводов. Аллергия к белкам коровьего молока. Аутоимунные энтеропатии.
9. Бронхолегочная дисплазия. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Тактика ведения детей с бронхолегочной дисплазией.

10. Вирусные гепатиты (А, В, С). Эпидемиология, Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Лечение. Профилактика.
11. ВИЧ-инфекция (СПИД). Особенности эпидемиологии. Патогенез. Способы передачи. Клинические проявления у беременных женщин, у новорожденных детей. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Лечение. Профилактика. Факторы риска заражения медработников.
12. Внутриутробная гипоксия плода и новорожденного. Причины, патогенез, клиника и диагностика.
13. Внутричерепная родовая травма. Клиника, диагностика, роль нейросонографии, люмбальной пункции, компьютерной томографии. Родовая травма спинного мозга у новорожденных, особенности клиники, диагностика, роль рентгенологического обследования.
14. Врожденные инфекции. Определение. Понятие о внутриутробном инфицировании и внутриутробной инфекции. Клинические проявления внутриутробных инфекций в зависимости от периода инфицирования плода. Понятие о TORCH-синдроме. Диагностика внутриутробных инфекций (прямые и непрямые методы диагностики).
15. Врожденные нарушения метаболизма. Эпидемиология. Классификация. Принципы диагностики.
16. Врожденные пороки сердца. Классификация. Неонатальный скрининг ВПС. Патогенез и лечение застойной сердечной недостаточности у новорожденных.
17. Врожденный туберкулез. Эпидемиология. Патогенез. Диагноз. Лечение.
18. Галактоземия. Распространенность. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Диабетическая эмбриофетопатия. Распространенность. Патогенез. Клинические особенности. Диагностика. Наиболее распространенные осложнения. Лечение. Другие нарушения обмена углеводов.
19. Геморрагическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Представление о становлении витамин-К-зависимого звена коагуляции. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
20. Гемостаз новорожденных, лабораторные методы оценки.
21. Гипо- и апластические анемии. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика. Лечение. Профилактика. Дифференциальная диагностика причин анемии. Клиническая, лабораторная.
22. Гнойный менингит новорожденных. Этиология, диагностика, лечение.
23. Грибковые инфекции. Эпидемиология. Кандидоз кожи и слизистых оболочек. Диссеминированный кандидоз. Особенности патогенеза. Диагноз. Лечение. Другие микозы (плесневые микозы, актиномикоз, кокцидиоидоз, гистоплазмоз). Смешанные инфекции (бактериально-грибковые).
24. Грудное вскармливание новорожденного ребенка. Состав женского молока, потребность новорожденного в питательных веществах, расчет необходимого объема питания, преимущества грудного вскармливания, противопоказания к грудному вскармливанию, принципы поддержки грудного вскармливания, порядок и контроль за адекватностью вскармливания.
25. ДВС-синдром у новорожденных детей. Этиопатогенез. Классификация. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения.
26. Дети, крупные для своего гестационного возраста. Определение. Причины. Тактика ведения.
27. Дети, маленькие для своего гестационного возраста. (Дети с признаками задержки внутриутробного развития «ЗВУР»). Определение. Классификация. Причины. Тактика ведения. Осложнения, связанные со ЗВУР. Отдаленные последствия внутриутробной гипотрофии.
28. Диагностика заболеваний почек у новорожденных. Гематурия. Инфекции мочевыводящих путей.

29. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных. Синдром внутрипеченочного холестаза у новорожденных.

30. Ежедневный туалет новорожденного: уход за кожей, уход за пуповинным остатком и пупочной ранкой, ежедневный туалет глаз, пеленание и одежда, организация вскармливания и водный режим, профилактика геморрагической болезни новорожденных.

31. Иммунные формы гемолитической болезни. Несовместимость по Rh-фактору, по ABO-факторам, по редким факторам крови. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения.

32. Инфекции мочевыводящих путей у новорожденных детей. Эпидемиология. Диагноз, лечение. Профилактика.

33. Инфекционно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Рациональный выбор антибиотиков. Профилактика.

34. Инфекционные заболевания пупочной ранки и пупочных сосудов. Омфалит, тромбоз пупочных сосудов, гангрена пупочного канатика. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение, профилактика.

35. Инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Лечение. Профилактика.

36. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Стартовые режимы ИВЛ. Пути оптимизации ИВЛ. Типы аппаратов для проведения ИВЛ и принципы их работы. Поддерживающая терапия при ИВЛ. Контроль за температурой у детей на ИВЛ. Особенности инфузионной терапии и питания при ИВЛ. Осложнения при проведении ИВЛ. Осложнения в раннем периоде. Отдаленные последствия у детей, получавших ИВЛ. Высокочастотная ИВЛ.

37. Ишемическая нефропатия и острая почечная недостаточность. Основные причины. Классификация. Диагностика. Клинические проявления. Лабораторные показатели. Лечение. Профилактика.

38. Лечение гипербилирубинемии. Общие принципы лечения. Заменное переливание крови (ЗПК). Показания. Выбор препаратов, необходимых для проведения операции ЗПК. Практическое проведение операции ЗПК. Предоперационная подготовка. Техника проведения и наиболее частые ранние осложнения. Ведение ребенка в послеоперационном периоде и возможные поздние осложнения.

39. Лечение гипербилирубинемии. Общие принципы лечения. Фототерапия. Показания. Противопоказания. Факторы, влияющие на эффективность фототерапии. Техника проведения фототерапии. Возможные ранние и поздние осложнения.

40. Локализованные формы бактериальных инфекций. Везикулопустулез. Паронихии. Омфалит. Конъюнктивиты: реактивный (асептический) конъюнктивит; гонорейный конъюнктивит (бленнорея); хламидийный конъюнктивит; стафилококковый конъюнктивит; другие конъюнктивиты. Диагностика. Лечение.

41. Менингиты и менингоэнцефалиты. Этиология, патогенез, классификация. Особенности клинической картины. Принципы диагностики. Лечение.

42. Методы вскармливания новорожденных детей. Вскармливание из бутылки (преимущества, недостатки, расчет питания, техника вскармливания, контроль за адекватностью питания). Зондовое питание (преимущества, недостатки, расчет питания, техника вскармливания, дробное питание, постоянное (непрерывное). Контроль за эффективностью питания.

43. Многоплодная беременность: частота и типы. Особенности плацентации и сосудистые шунты. Особенности внутриутробного развития плодов при многоплодной беременности. Тактика ведения новорожденных из двойни.

44. Мониторинг церебральных функций – техника регистрации  $\alpha$ -ЭЭГ у новорожденных детей, нормативы  $\alpha$ -ЭЭГ новорожденных детей различного гестационного возраста. Критерии оценки  $\alpha$ -ЭЭГ у новорожденных детей, шкала Бурджалова, шкала

Хелстрем-Вестас. Прогностическое значение данных  $\alpha$ -ЭЭГ. Показания к проведению многоканального ЭЭГ-мониторинга у новорожденных детей.

45. Наиболее распространенные генетические и хромосомные заболевания перинатального периода. Частота встречаемости. Факторы, указывающие на высокую вероятность генетической патологии. Особенности семейного анамнеза. Результаты пренатальной диагностики. Данные клинического осмотра новорожденного. Принципы обследования детей с подозрением на генетические и хромосомные заболевания.

46. Нарушения метаболизма у новорожденных детей. Гипогликемия. Гипергликемия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Профилактика и лечение.

47. Нарушения обмена мочевины (гипераммонемия). Распространенность. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

48. Нарушения функции щитовидной железы. Врожденный гипотиреоз. Транзиторный гипотиреоз у новорожденных детей. Тиреотоксикоз новорожденных. Распространенность. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

49. Нарушения электролитного обмена у новорожденных детей. Гипокалиемия. Гиперкалиемия. Гипонатриемия. Гипернатриемия. Гипокальциемия. Гиперкальциемия. Гипермагниемия. Гипомагниемия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Профилактика и лечение.

50. Нарушения эритропоэза. Анемия Блэкфана-Даймонда. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения.

51. Наследственная (семейная) тромбоцитопения. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинико-лабораторные проявления. Тактика ведения. Другие причины тромбоцитопений.

52. Наследственный дефицит факторов свертывания. Гемофилия А, В. Болезнь Виллебранда. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения. Другие заболевания.

53. Недоношенные дети. Понятие о недоношенности. Классификация недоношенности. Причины недоношенности. Критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка в зависимости от гестационного возраста.

54. Неиммунные наследственные гемолитические анемии. Этиология. Классификация. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинико-лабораторные проявления. Тактика ведения.

55. Неинфекционные заболевания пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение, показания к хирургической коррекции.

56. Некротизирующий энтероколит (НЭК). Этиология, патогенез. Особенности динамики клинической и рентгенологической картины. Классификации, стадии НЭК. Диагноз. Лечение.

57. Неонатальные судороги. Частота. Этиология. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Тактика наблюдения детей с неонатальными судорогами в анамнезе.

58. Неонатальный скрининг: определение, принципы организации, этапность, определяемые субстраты, принципы интерпретации результатов скрининга, лечебно-профилактическая тактика при выявлении заболеваний.

59. Организация медицинской помощи новорожденным в России. Перинатальная смертность. Младенческая смертность. Неонатальный скрининг.

60. Организация работы в родильном блоке. Обеспечение преемственности между акушерами и неонатологами.

61. Органические ацидемии. Распространенность. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

62. Основные правила ухода за новорожденным ребенком в родильном зале. Показания и противопоказания к переводу ребенка в физиологическое отделение и в отделение совместного пребывания («мать-дитя»).

63. Основные принципы первичной реанимации новорожденных детей. Оценка тяжести состояния ребенка в первые минуты жизни (шкала Апгар, проба Залинга, другие методы оценки, цикл «оценка → принятие решения → действие → оценка»).

64. Основные принципы питания новорожденных детей, находящихся в критическом состоянии. Закономерности роста плода и новорожденного ребенка. Потребности в питательных веществах и энергии доношенных и недоношенных новорожденных детей.
65. Особенности билирубинового обмена у новорожденных детей различного срока гестации. Этиология, патогенез и классификация гипербилирубинемии. Диагностика основных причин гипербилирубинемии. Токсические свойства билирубина.
66. Особенности иммунитета новорожденных детей различного гестационного возраста в периоде ранней постнатальной адаптации.
67. Особенности осмотра новорожденных детей различного срока гестации в родильном зале. Определение гестационного возраста. Определение и постнатальные признаки недоношенности. Оценка степени морфофункциональной зрелости ребенка. Определение и постнатальные признаки переносимости.
68. Особенности оценки состояния сердечно-сосудистой системы. Объективные показатели нормального кровообращения в родильном зале: критерии недостаточности кровообращения, особенности аускультации. Кардиологический скрининг в неонатологии.
69. Особенности первичной реанимации и помощи новорожденным детям в родильном зале при аспирации мекония.
70. Особенности первичной реанимации и помощи новорожденным детям в родильном зале при острой интранатальной кровопотере.
71. Остеомиелит у новорожденных и детей раннего возраста. Этиология, патогенез. Особенности клинической и рентгенологической картины. Диагноз. Лечение.
72. Острая анте-, интра- и постнатальная кровопотеря. Причины. Клиниколабораторные проявления. Диагностика. Тактика ведения. Профилактика.
73. Острая надпочечниковая недостаточность. Распространенность. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
74. Острый токсический гемолиз при инфекционных заболеваниях. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинико-лабораторные проявления. Тактика ведения.
75. Оценка состояния системы дыхания новорожденного ребенка в родильном зале: объективные клинические показатели нормального дыхания, критерии дыхательной недостаточности (шкала Сильвермана, шкала Даунс). Особенности аускультации, пульсоксиметрии.
76. Паразитарные заболевания. Токсоплазмоз. Пневмоцистоз. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Лечение. Профилактика.
77. Парентеральное и энтеральное питание в неонатальном периоде. Мониторинг, осложнения парентерального питания. Введение энтерального питания на фоне парентерального. Особенности расчета частичного парентерального питания.
78. Парентеральное питание (ПП). Показания. Расчет объема и длительности проведения парентерального питания. Техника проведения ПП. Выбор между питанием через центральную и периферические вены. Растворы для проведения парентерального питания, углеводы, аминокислоты, жиры, электролиты, витамины и микроэлементы. Осложнения при проведении парентерального питания.
79. Патогенез билирубинового поражения головного мозга. Клиника билирубиновой энцефалопатии у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Отдаленные последствия билирубиновой энцефалопатии.
80. Первичная профилактика пищевой аллергии у новорожденных.
81. Переносимость. Определение. Причины. Стадии переносимости (синдром Клиффорда). Тактика ведения во время беременности, родов, после рождения. Особенности обследования. Особенности терапии. Осложнения, связанные с переносимостью.
82. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных детей различного срока гестации: классификация, этиопатогенез, принципы диагностики и лечения. Профилактика.

83. Пневмонии. Эпидемиология. Особенности этиологии и патогенеза пневмоний у новорожденных детей. Классификация: внутриутробные, интранатальные, постнатальные. Особенности клинической картины у новорожденных с другой перинатальной патологией. Пневмококковая пневмония. Стафилококковая пневмония. Стрептококковая пневмония. Пневмонии, вызванные грамотрицательной флорой. Вирусно-бактериальные пневмонии.

84. Поздние недоношенные дети. Ранние проблемы недоношенных. Факторы риска повреждений головного мозга. Критерии выписки из родильного дома.

85. Полицитемия. Причины. Наиболее частые осложнения. Клинические проявления. Лабораторная диагностика. Тактика ведения.

86. Помощь новорожденным детям от женщин с заболеваниями щитовидной железы. Особенности тиреоидного обмена при физиологически протекающей беременности, гипертиреоз у беременной женщины. Гипертиреоз у новорожденного ребенка. Гипотиреоз у беременной женщины. Гипотиреоз у новорожденного ребенка. Транзиторные гипотиреоидные состояния. Врожденный гипотиреоз. Неонатальный зоб.

87. Помощь новорожденным детям от женщин с сахарным диабетом. Особенности течения беременности и родов у женщин с диабетом. Специфика обмена веществ у плода и новорожденного при диабете матери. Основные патологические состояния у новорожденных, связанные с диабетом матери.

88. Понятие о периодах внутриутробного развития плода. Критерии живорожденности, доношенности, недоношенности, переносимости.

89. Поражение центральной нервной системы у недоношенных. Пери- и интравентрикулярные внутрижелудочковые кровоизлияния. Клиническая картина. Методы хирургического лечения внутрижелудочковых кровоизлияний. Гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы.

90. Постнатальная адаптация новорожденного. Транзиторные состояния раннего неонатального периода.

91. Принципы адаптации к энтеральному питанию детей различного гестационного возраста. Нарушения всасывания углеводов. Врожденная лактозная недостаточность. Распространенность. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Транзиторная лактозная недостаточность.

92. Причины, патогенез, стадии острой почечной недостаточности у новорожденных. Лечение.

93. Протокол первичной реанимации недоношенных новорожденных детей.

94. Рациональное питание кормящих и беременных женщин.

95. Ретинопатия недоношенных. Этиология. Патогенез. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Тактика ведения детей с ретинопатией недоношенных.

96. Родовая травма. Этиология. Патогенез. Клинические формы родовой травмы у новорожденных. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология, патогенез, клиника в зависимости от степени и вида кровоизлияний. Инструментальные методы диагностики поражений нервной системы. Нейросонография.

97. Синдром дыхательных расстройств (СДР). Выявление и учет факторов риска. Пренатальное прогнозирование и профилактика. Постнатальный клинический диагноз тяжести СДР (шкала Сильвермана, шкала Даунс). Рентгенологическая диагностика. Особенности динамики газового состава крови при различных причинах СДР. Тактика ведения детей при СДР. Заместительная терапия сурфактантом.

98. Синдром токсического шока у новорожденных.

99. Синдромы утечки воздуха. Частота. Патофизиология. Типы утечки воздуха. Клинические проявления. Диагностика. Варианты лечения.

100. Сифилис. Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Лечение. Профилактика. Прогноз.

101. Смешанное и искусственное вскармливание новорожденных детей, показания для перевода на искусственное вскармливание, характеристика различных искусственных смесей, порядок и контроль за адекватностью вскармливания.

102. Тактика ведения новорожденных детей с кровотечением, гемостатическая терапия, посиндромная терапия. Использование препаратов донорской крови у новорожденных детей. Принципы трансфузиологии в неонатологии.

103. Транзиторный дефицит факторов свертывания крови вследствие дефицита витамина К. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинические проявления. Тактика ведения. Другие причины. Поздняя форма геморрагической болезни новорожденных: этиопатогенез, клиническая картина, профилактика.

104. Тромбоцитопении у новорожденных детей. Классификация. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинико-лабораторные проявления. Тактика ведения.

105. Тромбоцитопения при ДВС-синдроме. Патогенез. Ранняя диагностика. Клинико-лабораторные проявления. Тактика ведения.

106. Фенилкетонурия. Распространенность. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Другие нарушения аминокислотного обмена.

107. Физиология и патофизиология свертывающей системы крови в периоде новорожденности. Причины повышенной кровоточивости.

108. Физиология кроветворения в периоде новорожденности. Физиологическая динамика концентрации гемоглобина в раннем детском возрасте. Анемия у недоношенных детей. Наиболее частые причины патологического снижения уровня гемоглобина у новорожденных детей.

109. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Колики. Срыгивания. Запоры. Критерии диагностики. Тактика ведения.

110. Хирургия периода новорожденности. Врожденные пороки развития органов грудной клетки, желудочно-кишечного тракта.

111. Хронические заболевания легких недоношенных детей. Синдром Вильсона-Микити. Бронхолегочная дисплазия.

112. Шок у новорожденных детей – этиология и патогенез, виды и стадии шока. Основные принципы лечения и профилактики различных видов шока.

113. Эмбриология и физиология печени и желчевыводящих путей. Наиболее частые пороки развития печени и желчевыводящих путей. Функциональные особенности печени и желчевыводящих путей в периоде новорожденности.

114. Эмбриология и физиология почек и мочевыводящих путей. Наиболее распространенные пороки развития почек и мочевыводящих путей. Функциональные особенности почек в периоде новорожденности.

115. Энтеровирусные инфекции (Коксаки, ЕСНО). Эпидемиология. Диагностика у беременных женщин, у новорожденных детей. Особенности клинических проявлений при антенатальном заболевании, при постнатальном заболевании. Лечение. Профилактика. Предупреждение госпитального распространения.

## Перечень ситуационных задач

### Ситуационная задача 1

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

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

*Общий анализ крови:* Hb – 186 г/л, эр. –  $5,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $6,4 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 42%, эоз. – 1%, лимф. – 45%, мон. – 7%, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 2 мм/ч.

*Общий анализ мочи:* цвет – соломенно-желтый, реакция – кисл., отн. пл. – 1004, белок – нет, эпителий – много, лейкоц. – 2-3 в п. зр., эр. – 4-5 в п. зр., цилиндры – нет, соли – кристаллы мочевой кислоты.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й – 51 мкмоль/л, прямо́й – нет, мочеви́на – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

### Ситуационная задача 2

Врачу передан первичный патронаж новорожденного ребенка. Дородовый патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность 1-я, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов. Масса тела – 3690 г, длина – 52 см. Желтушное прокрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка 0(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на второй день жизни: непрямо́й – 280 мкмоль/л, прямо́й – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса – отрицательная.

Лечение: фототерапия, урсофальк, бифидумбактерин, оксигенотерапия, викасол однократно. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм смесью «Нутрилон ГА». Выписан из роддома на седьмые сутки с потерей массы 350 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает смесью «Нутрилон ГА». Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры

субмикробные. Слизистые оболочки чистые. Пупочная рана под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок – 3,5×3,5 см, не выбухает. Малый родничок – 1×1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень – +1,5 см, селезенка – у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Определите группу здоровья.
3. Укажите факторы и группы риска, их направленность.

### Ситуационная задача 3

Доношенный мальчик, от женщины 32 лет, 1-х срочных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Эпидуральная анестезия. Масса тела при рождении – 3490 г, длина – 52 см, окружность головы – 35 см. При рождении: весь кожный покров покрыт густой вязкой однородной белой субстанцией, окраска кожи цианотичная. Через 10 с после рождения появился тонус мышц, поза полуфлексии, покашлял и закричал, кожные покровы порозовели, акроцианоз, ЧСС – 128 в мин, дыхание регулярное, 48 в мин, единичные крепитирующие хрипы по всем полям. Через 5 мин поза флексии, тонус мышц удовлетворительный, кожа полностью розовая, отмечается родовая опухоль и подкожная гематома теменно-затылочной области.

Через 12 ч после рождения состояние удовлетворительное. Рефлексы орального автоматизма живые, ладонно-ротовой +, хватательный +, Моро +. Ребенок на грудном вскармливании, сосет охотно, крик эмоциональный, кожа ярко-розовая, чистая, в легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 48 в мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС – 130 в мин, короткий систолический шум на верхушке, в 5 точке. Живот мягкий, печень +1,5 см, селезенка у края реберной дуги, стул вязкий однородный черно-зеленый, мочи нет.

*Клинический анализ крови:* Нб – 180 г/л, эр. –  $5,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $12 \times 10^9$ /л, с/я – 60%, п/я – 9%, лимф. – 23%, эоз. – 2%, мон. – 6%, тромб. –  $260 \times 10^9$ /л, СОЭ – 3 мм/ч.

*КОС:* рН – 7,30, рО<sub>2</sub> – 48 мм рт. ст., рСО<sub>2</sub> – 44 мм рт. ст., ВЕ – 2,8, сатурация – 95%, уровень лактата – 2,2, глюкозы – 4,3, ионизированного кальция – 0,95.

Вопросы:

1. Оцените ребенка по шкале Апгар.
2. Укажите вероятную причину систолического шума.
3. Почему отсутствует моча? Предложите тактику ведения.
4. С чем связаны изменения стула?
5. Укажите причину крепитирующих хрипов в легких? Нужна ли рентгенограмма грудной клетки.
6. Оцените результаты анализов.

### Ситуационная задача 4

Девочка первых суток жизни родилась у матери, страдающей митральным стенозом, гипертонической болезнью. В I триместре беременности неоднократно отмечалось значительное повышение артериального давления, перенесла ОРВИ. По поводу фетоплацентарной недостаточности лечилась стационарно. Роды на 38-й неделе гестации в головном предлежании, масса при рождении – 2800 г, длина – 47 см. По шкале Апгар оценена в 6/7 баллов. При осмотре кожные покровы бледно-розовые, цианоз носогубного треугольника, сухие, отчетливо на кистях и стопах, с шелушением, обильный лануго, стопы исчерчены на одну треть, диаметр ореола соска 2 мм. Поза полуфлексии, полная пяточная стопа. Рефлексы Бабкина, опоры, автоматической походки не вызываются. Сосет вяло, срыгивает небольшим количеством, отмечается симптом Грефе. Сердечные тоны несколько приглушены, ритмичные. В легких отчетливое пуэрильное дыхание. Живот мягкий. Печень – +2 см. Селезенка не пальпируется. Стул – меконий, не мочилась.

Вопросы:

1. Оцените массо-ростовые показатели.
2. Сформулируйте неврологический диагноз.
3. Какова причина развития данного заболевания?

### Ситуационная задача 5

Недоношенный мальчик, 1 месяц, поступил в отделение этапа выхаживания. Из анамнеза известно, что ребенок родился на 24-й неделе гестации от матери с тяжелым гестозом путем операции кесарева сечения. При рождении масса тела – 620 г, длина – 35 см, окружность головы – 30 см, окружность груди – 27 см. С рождения по 27-е сутки жизни находился на ИВЛ, затем на СРАР. Без респираторной поддержки обходится со вчерашнего дня. В реанимации эндотрахеально вводился сурфактант, получал лечение по поводу внутриутробной пневмонии; на 5-е сутки жизни появился судорожный синдром, купирован назначением конвулекса. С 21-го дня жизни началось увеличение большого родничка совместно с быстрым ростом окружности головы. На день перевода усваивает по 10 мл материнского молока, кормление получает 8 раз в день через зонд.

При переводе масса тела составляет 700 г, состояние тяжелое за счет признаков дыхательной недостаточности, при аускультации над легкими выслушивается большое количество крепитирующих хрипов. Над областью сердца – систолический шум с *punctum max.* в 5 точке. Живот вздут, мягкий, безболезненный, петли кишечника растянуты газом. Стул самостоятельный, с зеленью. Мочится свободно.

Вопросы:

1. Какие осложнения длительной ИВЛ можно ожидать у этого ребенка?
  - А – бронхолегочная дисплазия;
  - Б – хроническая болезнь легких;
  - В – фиброзирующий альвеолит;
  - Г – хроническая эмфизема.
2. Что необходимо предпринять для профилактики апноэ?
3. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и прогноза?
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Нуждается ли ребенок в дальнейшем пребывании в кювезе?
6. Какое приспособление целесообразно применять при укладке недоношенного с ЭНМТ в кювез?

### Ситуационная задача 6

Ребенок 37 суток жизни, родившийся у женщины 18 лет, страдающей астеноневротическим синдромом с дефицитом массы тела, курящей в течение всей беременности. Беременность протекала с анемией во II-III триместрах. Роды 1-е, преждевременные на 32-й неделе гестации, в головном предлежании. Масса тела при рождении – 1600 г, длина – 41 см, оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. При рождении состояние тяжелое, за счет выраженных симптомов дыхательной недостаточности, развившейся на фоне респираторного дистресс-синдрома, синдрома угнетения ЦНС. С первого часа жизни ребенок находился на СРАР, получал инфузионную и антибактериальную терапию. Энтеральное кормление начато с первых суток жизни. Симптомы дыхательной недостаточности купировались, симптомы угнетения ЦНС были без нарастания, и ребенок был переведен на II этап выхаживания. В возрасте 28 дней у ребенка появилась бледность кожных покровов, стал прогрессировать синдром угнетения ЦНС, отмечались кратковременные приступы апноэ (других симптомов дыхательной недостаточности не наблюдалось), систолический шум над всей поверхностью сердца усилился, однако нарастания симптомов сердечно-сосудистой недостаточности не наблюдалось.

*Клинический анализ крови:* Hb – 75 г/л, эр. –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, ретик. – 2%, Ht – 28, MCV – 90 (N – 80-94), MCH – 32 (N – 27-31), MCHC – 33 (N – 32-36), лейкоц.  $9,6 \times 10^9$ /л (N – 7,6-

12,4×10<sup>9</sup>/л), с/я – 32%, п/я – 1%, лимф. – 55%, эоз. – 5%, мон. – 7%, тромб. – 260×10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие препараты патогенетически обоснованы при данном заболевании?
3. Показано ли переливание эритроцитарной массы? По какой формуле производится расчет необходимого объема эритроцитарной массы?

### Ситуационная задача 7

Ребенок первых суток жизни находится в детском отделении роддома. Родился у женщины 23 лет, имеющей III(B) Rh – отрицательную группу крови; от II беременности (1-я беременность закончилась два года назад медицинским абортom при гестационном сроке 8 недель), протекавшей с токсикозом в 1-й половине и тяжелым гестозом во 2-й половине. Роды 1-е, срочные, самостоятельные (1-й период – 14 ч, 2-й период – 30 мин, безводный промежуток 4 ч, околоплодные воды желтушной окраски). Масса при рождении – 2800 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 6/6. При рождении отмечена отчетливая бледно-желтушная окраска кожи и слизистых оболочек. Двигательная активность умеренно снижена. Мышечный тонус снижен, дистоничен. Физиологические рефлексы быстро истощаются. ЧСС – 170 в 1 мин. Аускультативно сердечные тоны умеренно звучны, чистые, ЧД – 44 в 1 мин. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий. Пальпаторно определяется край печени на 3,5 см ниже реберной дуги и селезенки до 1,5 см. Стул – меконий.

По cito определен билирубин пуповинной крови – 120 мкмоль/л. Уровень Hb в периферической крови составил 110 г/л. Биохимический анализ крови ребенка в возрасте 2 ч – уровень непрямого билирубина составил 200 мкмоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном клиническом случае?
2. Необходимый спектр лабораторно-инструментальной диагностики.
3. Опишите тактику лечения данного заболевания.

### Ситуационная задача 8

Девочка 3 дней жизни. Родилась у женщины, страдающей энтеропатией. Беременность протекала с тяжелым гестозом. Роды на 38-й неделе гестации, масса – 2700 г, длина – 46 см. Оценка по шкале Апгар – 4/7 баллов. К груди приложена на вторые сутки жизни. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены симптомы возбуждения ЦНС – тремор конечностей, подбородка, спонтанный рефлекс Моро, склонность к мышечной гипертонии. На вторые сутки жизни отмечалась двукратная рвота с примесью крови. Кожные покровы бледно-розовые, уменьшен диаметр ореола сосков, большие половые губы не прикрывают малые, стопы исчерчены на одну треть, обильное лануго (на 2/3 спины). Сердечные тоны умеренно звучные. Дыхание пуэрильное. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Стул переходный.

*Клинический анализ крови:* Hb – 170 г/л, эр. – 5,0×10<sup>12</sup>/л; тромб. – 400×10<sup>9</sup>/л, лейкоц. – 15×10<sup>9</sup>/л, п/я – 7%, с/я – 50%, лимф. – 37%, мон. – 9%, СОЭ – 5 мм/ч; время свертывания: 7 мин (N – 2-4 мин); время кровотечения: 3,5 мин (N – 3-4 мин), тромбиновое время – 14 с (N – 10-16 с), АЧТВ – 88 с (N – 45-60 с), фибриноген – 2,5 г/л (N – 1,5-3,0 г/л), продукты деградации фибрина (ПДФ) – 2 мг/мл (N – 0-7 мг/мл), протромбиновое время – 32 с (N – 13-16 с).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обозначьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

### Ситуационная задача 9

Ребенок, 14 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Ребенок от матери, страдающей хроническим пиелонефритом и гипертонической болезнью. Беременность протекала с угрозой прерывания и обострением пиелонефрита, по поводу чего получала антибактериальную терапию. Роды на 38-й неделе гестации, масса – 2650 г, длина – 46 см. При осмотре кожные покровы желтушного цвета до II степени с обширными кожными экхимозами на ягодицах, кистях и стопах. Ребенок вялый, срыгивает, тонус снижен с тенденцией к дистонии. Рефлексы Бабкина, ползания, опоры и автоматической походки не вызываются. Сердечные тоны приглушены. Дыхание пуэрильное. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Стул близок ахоличному. Моча темная. Отмечались кровотечения из мест инъекций.

*Общий анализ крови:* Hb – 155 г/л, эр. –  $5,5 \times 10^{12}$ /л, тромб. –  $320 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $10 \times 10^9$ /л, п/я – 5,5%, с/я – 30%, лимф. – 47%; мон. – 8%. Время свертывания: 7 мин (N – 2-4 мин), время кровотечения: 3 мин (N – 3-4 мин), тромбиновое время – 14 с (N – 10-16 с), АЧТВ – 90 с (N – 45-60 с), фибриноген – 3,0 г/л (N – 1,5-3,0 г/л), ПДФ – 4 мг/мл (N – 0-7 мг/мл).

*Биохимический анализ крови:* белок – 60 г/л, общий билирубин – 150 мкмоль/л, непрямой билирубин – 100 мкмоль/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) – 200 Ед/л, ЛДГ – 1800 Ед/л, холестерин – 4,5 ммоль/л.

*Исследование кала на дисбиоз:* увеличено количество гемолизирующей кишечной палочки, бифидум- и лактобактерий нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обозначьте план обследования.
3. Определите тактику лечения.

### Ситуационная задача 10

Девочка, 7 суток, находится в отделении патологии новорожденных. Ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности (1-я закончилась медицинским абортom на сроке 15 недель), от 23-летней матери со II группой крови, с отрицательным резусом. Роды срочные, самостоятельные на 39-й неделе. Состояние ребенка при рождении удовлетворительное. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Кожные покровы чистые, розовые. Масса – 3400 г, длина – 52 см. К концу 12-го часа жизни начала нарастать иктеричность кожных покровов, отмечалось некоторое нарастание симптомов угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. На 4-е сутки жизни проведена фототерапия на фоне инфузионной терапии. На 9-е сутки жизни: кожные покровы интенсивно прокрашены, с оливковым оттенком. Отмечается мышечная гипотония на фоне снижения физиологических рефлексов новорожденных. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно на симметричные участки, хрипы не аускультуются. Тоны сердца ритмичны, громкие. Живот доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, а селезенка – на 1,5 см. Диурез адекватный. Моча имеет интенсивную окраску.

*Группа крови ребенка – A(II), Rh+.*

*Общий анализ крови:* Hb – 155 г/л, эр. –  $4,2 \times 10^{12}$ , ретик. – 7%, лейкоц. –  $12 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 49%, эоз. – 1, лимф. – 36%, мон. – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 53,6 г/л, билирубин общий – 335 мкмоль/л, прямой – 37 мкмоль/л, холестерин – 7,0 ммоль/л, АсАТ – 65 Ед/л, АлАТ – 71 Ед/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить в данном случае?
2. Какие еще исследования необходимо провести для диагностики заболевания?
3. Ваши предложения по лечению ребенка.
4. Прогноз заболевания.

### Ситуационная задача 11

Недоношенная девочка 3 суток жизни, от женщины 24 лет, соматически здоровой, от 3-й беременности (1-я – мертворождение на сроке 26 недель, 2-я – замершая беременность

на сроке 11 недель), протекавшей с мононуклеозоподобным заболеванием во II триместре. В 20 недель – положительная ПЦР на вирус ЦМВИ, антител к нему не было, в 24 недели – низкоавидные IgG в титре 1:40. Роды на 35-й неделе гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении – 2003 г, длина – 44,5 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет угнетения безусловно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей экхимозы. С 1-х суток жизни отмечалась гепатоспленомегалия. Желтуха появилась на 2-е сутки жизни.

При осмотре на 3-и сутки: на осмотр отреагировала приступом клонических судорог. Купированы введением реланиума. Кожа чистая, иктерична до 2-й степени с зеленоватым оттенком. Дыхание проводится во все отделы, 46 в мин, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень + 4 см, селезенка + 1,5 см. Стул светло-зеленый, кашицеобразный. Мочится достаточно, моча насыщенного цвета.

*Клинический анализ крови:* Нв – 160 г/л, эр. –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $18 \times 10^9$ /л, с/я – 27%, п/я – 5%, лимф. – 56%, эоз. – 3%, мон. – 9%, тромб. –  $120 \times 10^9$ /л, СОЭ – 4 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 52 г/л (N – 49-69), альбумины – 25 г/л (N – 34-44), СРБ – 15 мг/л (N – 0-8), ГГТП – 1200 Ед/л (N – до 250), АлАТ – 450 Ед/л (N – до 40), АсАТ – 310 Ед/л (N – до 40), ЩФ – 770 Ед/л (N – 150), общий билирубин – 150 мкмоль/л (N – 117-68), прямой билирубин – 85 мкмоль/л (N – 4,3-12,8), глюкоза – 4,1 ммоль/л (N – 1,7-4,7), мочевины – 6,0 ммоль/л (N – 2,5-4,5), креатинин – 70 мкмоль/л (N – 35-110), калий – 5,0 ммоль/л (N – 4,5-6,5), натрий – 137 ммоль/л (N – 135-155), кальций ионизир. – 1,01 ммоль/л (N – 0,93-1,17), магний – 1,2 ммоль/л (N – 1,01-1,8).

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования надо провести для дифференциальной диагностики и мониторинга состояния?
3. Составьте план лечения.

## Ситуационная задача 12

Девочка, 14 дней, находится в стационаре. Из анамнеза: родилась у женщины 27 лет, работающей на мясокомбинате. Беременность 1-я, протекавшая с токсикозом в 1-й половине, гестозом с периодическим повышением температуры в III триместре беременности. Не обследовалась и не лечилась. Роды самопроизвольные на 36-й неделе гестации на фоне преждевременного излития околоплодных вод, I период – 10 ч, II период – 45 мин, безводный промежуток – 8 ч, околоплодные воды с зеленоватым оттенком. Масса – 2540 г, длина – 46 см, окружность головы – 32 см. Апгар – 5/7 баллов. Состояние при рождении расценивалось как среднетяжелое за счет синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. На 4-е сутки у ребенка появился приступ клонико-тонических судорог.

На 5-е сутки ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Масса – 2520 г. Кормится через зонд, часто срыгивает. Кожа чистая, на субиктеричном фоне. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 44 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС – 140 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +3 см, селезенка +1 см. Голова гидроцефальной формы, окружность головы 34 см, швы открыты, большой родничок 4×4 см, выбухает. Отчетливый симптом Грефе и горизонтальный нистагм. На осмотр реагирует тоническим напряжением разгибателей рук. Мышечный тонус снижен. Рефлексы спинального автоматизма не вызываются, орального – вялые.

*Исследование спинномозговой жидкости* в 4 сут.: прозрачность – мутная, белок – 1,66 г/л, цитоз – 320 в 3 мкл: нейтр. – 15%, лимф. – 85%.

*Сыворотка крови на антитела* к герпесу 1, 2-го типа: IgG – положит. 1:240, IgM – отрицат., к ЦМВИ – IgG – отрицат., IgM – отрицат., к токсоплазме у ребенка – IgG – положит. 1:320, IgM – положит. 1:1280.

*НСГ* 4-е сутки: рисунок борозд и извилин визуализируется нечетко. Боковые желудочки

расширены, глубина передних рогов слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты. 3-й желудочек – 5 мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 5 мм по конвексу. Межполушарная щель 4 мм.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. Какие исследования надо провести для дифференциальной диагностики и мониторинга состояния?
3. План лечения.

### Ситуационная задача 13

Ребенок от матери 29 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим (хронический кандидоз, сальпингоофорит в анамнезе, уреоплазмоз – пролечен, 2 медицинских аборта, 1 выкидыш) и соматическим анамнезом (хронический цистит) от 4-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 1/3 и 2/3, с ОРЗ на 26-й неделе, обострением цистита на 27-28-й неделе, с маловодием, от 1-х оперативных родов на 28-й неделе. При рождении: масса тела – 880 г, длина – 33 см, оценка по шкале Апгар – 5/6 баллов. Через 5 мин после рождения выросла одышка до 85 вдохов в мин, западение грудины на вдохе, при дыхании комнатным воздухом отмечался цианоз носогубного треугольника, слегка заметные раздувания крыльев носа, при аускультации – экспираторные шумы, единичные влажные хрипы над передней поверхностью легких, дыхание резко ослаблено. Ребенок переведен в отделение интенсивной терапии.

На данный момент возраст ребенка 3 суток. Объективно: в неврологическом статусе резко выражен синдром угнетения. Кожа субиктеричная, с серым оттенком, единичные элементы геморрагической сыпи. Симптом «бледного пятна» – 4 с. Ребенок на ИВЛ, аускультативно в легких – разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, среднее артериальное давление – 30 мм рт. ст. Живот правильной формы, вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации, перистальтика умеренно снижена, печень +2,5 см от края реберной дуги, селезенка +0,5 см. Мочится по катетеру, моча светлая, диурез – 1,3 мл/кг/ч.

В ОРИТ взяты *газы капиллярной крови*:  $pH = 7,29$ ,  $BE = -6$ ,  $pCO_2 = 65$  мм рт. ст.,  $pO_2 = 35$  мм рт. ст.

*На рентгенограмме*: интерстициальный отек легочной ткани.

*Экспресс-анализ крови*: лейкоц. –  $36 \times 10^9$ /л, тромб. –  $80 \times 10^9$ /л, Hb – 140 г/л.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз у данного ребенка?
2. Какова может быть этиология заболевания?
3. Оцените тяжесть дыхательных расстройств по шкале Даунса.
4. Необходимо ли назначение антибактериальной терапии этому ребенку? Специфической терапии?

### Ситуационная задача 14

Ребенок от матери 25 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (уреоплазмоз – пролечен, 1-я беременность – выкидыш), от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2/3, обострение хронического цистита на 27-28-й неделе (получала антибактериальную терапию), от 1-х самостоятельных родов на 29-й неделе. При рождении: масса тела – 1200 г, длина – 35 см, оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. В родзале в связи с развившейся дыхательной недостаточностью проводились реанимационные мероприятия, интубация трахеи, начата ИВЛ. Из анамнеза известно, что на первой неделе жизни ребенок перенес СДР, тяжелое течение, требовавшее проведения ИВЛ с «жесткими» параметрами. На протяжении первого месяца жизни отмечались приступы бронхообструкции с падением сатурации. На 15-е сутки жизни из трахеи методом ПЦР выявлена *Ureaplasma urealyticum*.

В настоящее время ребенку 1 месяц 9 дней, находится в ОРИТ на ИВЛ. Объективно:

в неврологическом статусе умеренно выражен синдром угнетения. Кожа бледно-розовая, чистая. Грудная клетка вздута, отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, ЧД – 80 в мин. Аускультативно – дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие, периодически – свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, выслушивается мягкий систолический шум слева от грудины, среднее АД – 40 мм рт. ст. Живот правильной формы, вздут, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см от края реберной дуги, селезенка не определяется. Мочится самостоятельно, моча светлая, диурез – 3 мл/кг/час.

*На рентгенограмме:* сумма задних и передних отрезков ребер на уровне диафрагмы – 16 ребро, эмфизема легких; линейные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления.

*По Эхо-КГ:* ОАП – 2 мм, гемодинамически незначимый, давление в легочной артерии в пределах возрастной нормы.

В анализе крови: лейкоц. –  $15 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. В какой стадии заболевания находится ребенок?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие медикаментозные и немедикаментозные методы лечения применяются при данном заболевании?
4. Возможна ли профилактика данного заболевания в раннем неонатальном периоде?

### Ситуационная задача 15

Девочка 5 суток жизни от матери 30 лет, страдавшей бесплодием, от 2-й беременности (1-я беременность – мед. аборт), наступившей в результате ЭКО двойней. Беременность протекала с угрозой прерывания всю беременность, роды 2-е на 30-й неделе, экстренное кесарево сечение на фоне преждевременного излития околоплодных вод, бихориальной биамнионической двойней, 1-й из двойни. Масса – 1340 г, длина – 39 см, Апгар – 7/7 баллов. Состояние при рождении тяжелое, с 2 часов жизни нарастают симптомы дыхательной недостаточности (оценка по Сильверману – 6 баллов), была интубирована и переведена на ИВЛ, получила 1 дозу курорсуфа. В возрасте 2 суток начато энтеральное питание смесью «Пренутрилон» через зонд 1 мл/ч.

На 4-е сутки жизни появилось отделяемое по зонду зеленого цвета, кормление прекращено, с подозрением на кишечную непроходимость ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных. На 5-е сутки при осмотре: ребенок в кювезе, тепло не удерживает. Находится на ИВЛ. Реакция на раздражители слабая, реакция зрачков на свет положительная. Кожа сероватая на бледном фоне, отечность передней брюшной стенки. Аппаратное дыхание с частотой принудительных вдохов 25 в мин, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 в мин. Живот резко вздут, пальпация затруднена, перистальтика не выслушивается. Перкуторно печень +3 см, селезенка +1 см. Самостоятельного стула за 12 ч не было, после клизмы получена светлая слизь. Диурез 1 мл/кг/ч.

*Общий анализ крови (5-е сут.):* Нб – 110 г/л, эр. –  $3,4 \times 10^{12}$ /л, тромб. –  $119 \times 10^9$ /л, лейкоц. –  $10,8 \times 10^9$ /л, миел. – 2%, метамиел. – 4%, п/я – 10%, с/я – 46%, лимф. – 20%, мон. – 17%, СОЭ – 7 мм/ч.

*КОС (5-е сут.):* рН – 7,36,  $PCO_2$  – 29,  $PO_2$  – 73, BE – 8,  $SaO_2$  – 94.

*Рентгенограмма брюшной полости* (на месте, в положении на спине): газонаполнение кишечника резко снижено, неравномерно, контуры кишечных петель нечеткие, в правой подвздошной области – пневматоз кишечной стенки.

*УЗИ брюшной полости:* газ под передней брюшной стенкой, газ в воротной вене, перистальтика кишечника отсутствует, жидкостное содержимое в латеральных каналах.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

### Ситуационная задача 16

Девочка 25 суток жизни, от 28-летней матери, страдающей пролапсом митрального клапана, от 3-й беременности (1-я беременность – срочные роды, ребенок здоров, 2-я – мед. аборт), протекавшей с нефропатией в III триместре, от двух срочных самопроизвольных родов в головном предлежании, осложнившихся обвитием пуповины вокруг шеи. Масса – 3040 г, длина – 49 см, оценка по Апгар – 4/8 баллов. Состояние при осмотре в 1-е сутки средней тяжести за счет неврологической симптоматики в виде синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности. Вскармливание с 1-х суток искусственной смесью «Нутрилак» по желанию матери. С 7 дней жизни появились частые срыгивания смесью, с 14 суток – створоженной смесью с примесью слизи.

При осмотре: состояние удовлетворительное, активна. Масса – 3630 г. Вскармливается в кроватке из бутылочки смесью «Нутрилак» по 100 мл 7 раз. Срыгивает до 7-8 раз в день, сразу после еды, 1-2 раза в сутки – через 1-2 ч после еды. На осмотр реагирует плачем, появляется тремор подбородка, конечностей. Кожа чистая. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Мочится достаточно, моча светлая.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

### Ситуационная задача 17

Ребенок 10 суток жизни, от женщины 23 лет, страдающей хроническим пиелонефритом, вазомоторным ринитом, от 1-й беременности, протекавшей с обострением вазомоторного ринита в I триместре и пиелонефрита в III, осложнившейся нефропатией в III триместре (отеки). Роды преждевременные на 34-й неделе беременности, самопроизвольные, в тазовом предлежании. Масса тела при рождении – 2330 г, длина – 45 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики. Интубирован в родильном зале, начата ИВЛ. Катетеризована пупочная вена, проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, на 3-и сутки жизни ребенок экстубирован и переведен на назальный СРАР, пупочный катетер удален, на 5-е оксигенировался в кислородной палатке, дыхательная недостаточность не нарастала.

На 6-е сутки жизни при осмотре состояние средней тяжести, оксигенируется через кислородную маску. Дыхание везикулярное, ЧД – 46 в мин, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС – 158 в мин, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, печень +1 см, селезенка (-). Пупочная ранка со скудным серозно-гнойным отделяемым, вокруг неярко гиперемия, пальпируется эластичный тяж по средней линии живота над пупком.

На 6-е сутки жизни *в клиническом анализе крови*: Нв – 192 г/л, эр. –  $5,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $14,2 \times 10^9$ /л, с/я – 53%, п/я – 8%, лимф. – 26%, эоз. – 6%, мон. – 10%, тромб. –  $280 \times 10^9$ /л, СОЭ – 2 мм/ч.

*Биохимический анализ крови (6-е сут.)*: общий белок – 41 г/л, альбумин – 30 г/л, креатинин – 70 мкмоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, СРБ – 1,2 мг/л, глюкоза – 8,3 ммоль/л, ГГТП – 15 Ед/л, ЩФ – 120 Ед/л, билирубин общий – 128 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АсАТ – 26 Ед/л, АлАТ – 27 Ед/л, Na – 134 ммоль/л, калий – 6,3 ммоль/л, прокальцитонин – 1,2 нг/мл (N – до 0,5 нг/мл).

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. Возможные осложнения.
3. Местное лечение.
4. Предполагаемый возбудитель.

## 5. Общее лечение.

### Ситуационная задача 18

Доношенная девочка, от женщины 29 лет, с обострением хронического тонзиллита, лейкоцитурией в III триместре, от 1-й беременности, от срочных родов, в головном предлежании. Масса тела при рождении – 3120 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

Общее состояние ребенка удовлетворительное. При рождении на тыле кистей рук и пальцах пузыри до 2 см, вскрывшиеся при первом осмотре с образованием эрозий, на фоне неизменной кожи, без инфильтрации, при потягивании за край покрывки пузыря эпидермис не отслаивается. Органы – без особенностей. Эпизодов подъема температуры не было. Физиологические отправления без отклонений от нормы. В возрасте 1 суток новых пузырей нет.

*Клинический анализ крови (1-е сутки):* Нв – 195 г/л, эр. –  $5,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $17,2 \times 10^9$ /л, метамиел. – 1%, п/я – 11%, с/я – 54%, лимф. – 21%, эоз. – 4%, мон. – 9%, тромб. –  $230 \times 10^9$ /л, СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Оцените анализ крови.
4. Лечение.
5. Какой прогноз при данном заболевании?

### Ситуационная задача 19

Новорожденная девочка от матери 35 лет поступила на 4-е сутки жизни в отделение выхаживания новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре, во II триместре с подъемами АД до 140/90 мм рт. ст., с гестозом, отеками, нефропатией в III триместре. По результатам пренатальной диагностики на 31-й неделе на УЗИ плода заподозрено незаращение верхней челюсти. Роды 1-е путем операции кесарева сечения на 35-й неделе гестации в связи с тяжелым состоянием матери (преэклампсия). При рождении масса ребенка – 3000 г, длина – 48 см, окружность головы – 38 см, окружность груди – 37 см, оценка по Апгар – 7/8 баллов. Тяжесть состояния при рождении обусловлена неврологической симптоматикой в виде синдрома угнетения ЦНС, дыхательной недостаточностью за счет транзиторного тахипноэ новорожденных.

При осмотре в отделении состояние ребенка тяжелое, в дополнительном кислороде не нуждается. Двигательная активность снижена, на осмотр реагирует слабым криком; мышечный тонус снижен, рефлексы новорожденных вызываются, ослаблены. Обращает на себя внимание лицевой дизморфизм – эпикант, сужение глазных щелей, незаращение верхней губы, верхней челюсти, твердого и мягкого неба. Гипертелоризм сосков. Кожа яркорозовая, чистая, отеки до 2-й степени. На правой кисти от средней фаланги мизинца отходит дополнительный пальчик. Дыхание проводится равномерно во все отделы грудной клетки, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, систолический шум с *punctum max.* в V точке. Печень +2 см, селезенка не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Пупочная ранка с геморрагическим отделяемым, пупочное кольцо широкое, пупочные сосуды не пальпируются. Стул регулярный, самостоятельный. Мочится свободно. Половые органы сформированы по женскому типу, соответствуют сроку гестации.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, выделите все клинические симптомы и состояния.
2. Можно ли объединить различные пороки развития? Как сформулировать диагноз в этом случае?
3. Каких данных не хватает для диагностики причин пороков развития?
4. В чем состоят проявления гестоза, нефропатии, гипертензии у беременной для плода?

5. Что необходимо исключить, учитывая макросомию у ребенка?
6. Распределите все отклонения развития по группам:  
А. эмбриопатии; Б. стигмы дизэмбриогенеза; В. последствия фетопатий.
7. Какие группы факторов привели к формированию указанной патологии, если известно, что:
  - а) на 4-й день после зачатия женщина перенесла операцию под общим наркозом (тонзиллэктомию),
  - б) на 5-й неделе переболела ротавирусной инфекцией,
  - в) с 25-й недели получала антигипертензивные препараты,
  - г) фетоплацентарная недостаточность, не подтвержденная документально?
8. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения прогноза последующих беременностей?
9. Синдромальная форма генетической патологии исключена. Ваш прогноз по психомоторному развитию ребенка, если учесть, что по данным НСГ определяется умеренная ишемия перивентрикулярных зон.

### Ситуационная задача 20

Ребенок 3 часов жизни, от женщины 21 года, страдающей инсулинзависимым диабетом 1-го типа, который манифестировал 2 года, протекал стабильно, без осложнений, от 1-й беременности, во время которой мать продолжала инсулинотерапию. Роды преждевременные, самопроизвольные, на сроке 35-й неделе гестации в головном предлежании. Масса тела при рождении – 4300 г, длина – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов.

При рождении состояние тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На осмотр реагирует слабым криком, безусловные рефлексы новорожденных угнетены, включая сосательный рефлекс, выражена мышечная гипотония. При осмотре кожные покровы багрового оттенка, акро- и периоральный цианоз, спина и плечи покрыты пушковыми волосами. Подкожно-жировой слой развит избыточно, распределен с преобладанием в верхней части тела, на щеках (лицо лунообразное). ЧД – 47 в мин. Дыхание проводится во все отделы. Хрипов нет. Перкуторно границы сердца расширены влево на 0,5 см, тоны приглушены, шумы не выслушиваются. Мочился, стул мекониальный, скудный. Энтерально не кормился.

Через 3 часа после рождения стала нарастать одышка до 60 в мин, появились плавающие движения глазных яблок, нистагм.

*Клинический анализ крови:* Нб – 280 г/л, эр. –  $7,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $15 \times 10^9$ /л, с/я – 64%, п/я – 4%, лимф. – 26%, эоз. – 1%, мон. – 5%, тромб. –  $290 \times 10^9$ /л, СОЭ – 4 мм/ч.

*Биохимический анализ крови* на момент приступа: общий белок – 52 г/л, альбумин – 31 г/л, СРБ – 5 мг/л, креатинин – 74 мкмоль/л, мочевины – 4,8 ммоль/л, глюкоза – 2,1 ммоль/л, АсАТ – 26 Ед/л, АлАТ – 31 Ед/л, билирубин общий – 45 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, натрий – 146 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, кальций ионизиров. – 0,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз. Обоснуйте его.
2. Оцените анализы.
3. Какие данные УЗИ брюшной полости и Эхо-КГ могут свидетельствовать в пользу для данного заболевания?
4. Ваша терапевтическая тактика.
5. Ваша тактика в случае, если бы ребенок получал энтеральное питание и его состояние к 3 часам жизни не ухудшилось?

### Ситуационная задача 21

Переношенный мальчик 13 суток жизни, от матери 27 лет, от 1-й беременности, протекавшей в I триместре с угрозой прерывания, во II триместре – с анемией, в III – с отеками; от оперативных родов на 41-й неделе путем экстренного кесарева сечения

по поводу слабости родовой деятельности и начавшейся гипоксии плода. Масса тела при рождении – 4650 г, длина – 53 см. Оценка по шкале Апгар – 6/7 баллов. Продолжительность 1-го периода – 10 часов, 2-го – 1 час. Состояние при рождении тяжелое за счет синдрома угнетения безусловно-рефлекторной деятельности.

В течение 13 суток отмечалась некоторая положительная динамика в виде незначительного оживления рефлексов орального и спинального автоматизма, однако сохраняется снижение сухожильных рефлексов с обеих сторон. Ребенок спит, на осмотр реагирует мало, голос хриплый, низкий. Кожные покровы субиктеричные, суховатые и холодные на ощупь. Отмечается пастозность лица, надключичных ямок, тыльных поверхностей кистей и стоп. Дыхание стридорозное. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ЧСС – 110 в мин. Живот вздут, доступен глубокой пальпации, печень +3 см по срединно-ключичной линии, пальпируется край селезенки. Моча светлая, стул после клизмы желтый.

*Клинический анализ крови:* Hb – 140 г/л, эр. –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $9 \times 10^9$ /л, с/я – 34%, п/я – 1%, лимф. – 60%, эоз. – 1%, мон. – 4%, тромб. –  $220 \times 10^9$ /л, СОЭ – 4 мм/ч.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 56 г/л, альбумин – 33 г/л, СРБ – 3 мг/л, креатинин – 90 мкмоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л. АсАТ – 32 Ед/л, АлАТ – 17 Ед/л, билирубин общий – 95 мкмоль/л, прямой – 6,5 мкмоль/л, холестерин – 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л. Уровень ТТГ по данным неонатального скрининга – 105 мМЕ/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Оцените анализы и перечислите изменения, характерные для данного заболевания.
3. Требуется ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
4. Терапевтическая тактика.
5. Какой вид вскармливания предпочтителен при данном заболевании и почему?

## Ситуационная задача 22

Доношенный мальчик 20 суток жизни, от женщины 30 лет, соматически здоровой, от 2-й беременности, протекавшей с гестозом и отеками в III триместре, от двух оперативных родов путем кесарева сечения на 38-й неделе гестации по поводу рубца на матке (1-е роды – кесарево сечение, ребенок здоров). Масса тела при рождении – 3000 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов.

Период ранней адаптации протекал без осложнений и на 4-е сутки жизни ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой. Однако в течение 2-й недели жизни ребенок плохо прибавлял в массе, а с 17-х суток появились срыгивания, сменившиеся рвотой. На 19-е сутки присоединились диарея и прогрессирующая потеря массы тела, адинамия.

При осмотре обращает на себя внимание выраженная вялость ребенка, кожные покровы бледные с акроцианозом и «мраморностью». Одышка до 50 в мин. Дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, легкий систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 160 в 1 мин, тахикардия, глухость сердечных тонов. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под реберной дуги по срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется.

*Данные КОС и газов крови:* рН – 7,3, рО<sub>2</sub> – 70 мм рт. ст., рСО<sub>2</sub> – 35 мм рт. ст., ВЕ – 10.

*Клинический анализ крови (13-е сутки):* Hb – 170 г/л, эр. –  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $12 \times 10^9$ /л, с/я – 26%, п/я – 1%, лимф. – 60%, эоз. – 4%, мон. – 9%, тромб. –  $260 \times 10^9$ /л, СОЭ – 5 мм/ч.

*Биохимический анализ крови (14-е сутки):* общий белок – 39 г/л, альбумин – 27 г/л, СРБ – 5 мг/л, креатинин – 70 мкмоль/л, мочевины – 6,8 ммоль/л, глюкоза – 2,6 ммоль/л, АсАТ – 44 Ед/л, АлАТ – 48 Ед/л, билирубин общий – 15 мкмоль/л, прямой – 1,7 мкмоль/л, натрий – 135 ммоль/л, калий – 7,2 ммоль/л. Уровень 17-гидроксипрогестерона (по данным 1-го этапа неонатального скрининга) – 98 нмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Какова наиболее вероятная причина развития данного заболевания?
3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Терапевтическая тактика.
5. Меры профилактики, направленные на раннее выявление данного заболевания.

### Ситуационная задача 23

Доношенный мальчик, от женщины 32 лет, от 1-х своевременных самопроизвольных родов, в головном предлежании. Общеравномерносуженный таз I степени. Роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, проведена родостимуляция окситоцином, 1-й период – 12 ч, 2-й период – 1 ч 10 мин, наложение акушерских щипцов. Масса тела при рождении – 3890 г, длина – 53 см. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов.

Состояние после рождения удовлетворительное, отмечаются родовая опухоль и подкожная гематома теменно-затылочной области. Через 5 часов после рождения ребенок беспокойный, не спит, взгляд напряженный, двигательное возбуждение, кефалогематома правой теменной кости. В возрасте 11 ч состояние очень тяжелое за счет неврологической симптоматики: многократные клонико-тонические судороги, мышечная гипотония  $S < D$ , апноэ, брадикардия. Зрачки  $S < D$ . Отмечалось прогрессивное снижение артериального давления, потребовавшее кардиотонической поддержки. Ребенок находился на ИВЛ, на осмотр не реагировал.

*Клинический анализ крови:* Нб – 150 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $15 \times 10^9$ /л, с/я – 60%, п/я – 4%, лимф. – 28%, эоз. – 2%, мон. – 6%, тромб. –  $260 \times 10^9$ /л, СОЭ – 3 мм/ч.

*КОС:* рН – 7,29, рО<sub>2</sub> – 48 мм рт. ст., рСО<sub>2</sub> – 44 мм рт. ст. ВЕ – -5,8, сатурация – 92%, уровень лактата – 3,2, глюкозы – 2,3, кальций ионизиров. – 0,95.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Факторы риска развития данного заболевания.
3. Имеет ли диагностические преимущества в данной ситуации КГ по сравнению с НСГ?
4. Какие изменения в составе спинномозговой жидкости характерны для данного заболевания?
5. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

### Ситуационная задача 24

Девочка массой 4000 г, родилась в умеренной асфиксии. Околоплодные воды зеленоватые. После оказания реанимационных мероприятий и перевода в ПИТ состояние тяжелое: цианоз, исчезающий при даче 40% О<sub>2</sub>; одышка 70 в мин, легкое втяжение межреберий при дыхании, притупление перкуторного звука в заднее-нижних отделах легких, ослабленное дыхание, влажные хрипы.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Проведите оценку по шкале Даунса или Сильвермана.
3. Каков объем мониторинга?
4. Плановая терапия.

### Ситуационная задача 25

Новорожденная девочка, масса 1380 г, длина 39 см, кожные покровы красно-цианотичные, выражен акроцианоз; гипотония мышц, гиподинамия, безусловные рефлексы угнетены, голос слабый («писк»). Грудная клетка расправлена неравномерно, уплощена, на вдохе втяжение межрёберных промежутков, ЧД=38-72 вмин, периодически апноэ по 5-7 секунд, периодически гаспы. Перкуторно звук над лёгкими пёстрый: местами укорочен, местами – с коробочным оттенком, границы сердца расширены, больше справа. Аускультативно: дыхание ослаблено, рассеянные крепитирующие и мелкопузырчатые

влажные незвучные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС=120-144 в мин.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Причина состояния?
3. Прогноз.
4. Наиболее частый метод помощи таким детям?

### **Ситуационная задача 26**

Несмотря на правильную организацию ухода и питания, у недоношенного новорожденного с массой тела при рождении 1450 г на 2 и 3 сутки жизни участились периоды апноэ, продолжительность которых увеличилась с 5-7 сек до 18-20 сек. В момент апноэ появился общий цианоз, урежение сердцебиения до 100 и реже в мин. Нарастала вялость, адинамия. При осмотре отмечалась кожная гиперестезия, неадекватно высокие нотки плача. Дополнительное обследование не выявило наличия внутричерепной и спинальной травмы и эпизодов гипогликемии. На ЭКГ выявилось удлинение изоэлектрического интервала от конца желудочкового комплекса до начала зубца Т, сам зубец Т не изменен.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Причина таких состояний?
3. С чем связано состояние в данном случае?
4. Прогноз.

### **Ситуационная задача 27**

Новорожденный мальчик от первых преждевременных родов на сроке 28 нед, массой 1200 гр, длиной 35 см. Возраст – 1-е сутки жизни. Состояние с рождения тяжелое за счет выраженных дыхательных расстройств. Одышка 80 вмин, цианоз, втяжение межреберий, грудины, парадоксальное дыхание, экспираторные шумы, слышные на расстоянии. В легких выслушиваются рассеянные крепитирующие хрипы, перкуторный звук мозаичный. На рентгенограмме легких – ячеистый рисунок.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика лечения.

### **Ситуационная задача 28**

Недоношенный новорожденный в возрасте 5 суток, масса 1420 г, поступил в отделение с диагнозом «Конъюгационная желтуха». Состояние тяжелое, вялый. Печень +2 см из-под реберного края, селезенка у края реберной дуги. Стул и моча обычной окраски. Билирубин крови 224 мкмоль/л, преобладает непрямая фракция. Группа крови матери и ребенка А (II) резусположительная.

Вопросы:

1. Тактика ведения.
2. Какие препараты понадобятся для оказания неотложной помощи?

### **Ситуационная задача 29**

В отделение патологии новорожденных бригадой «скорой помощи» доставлен ребенок в возрасте 24 дней, массой 2500 г. Родился на 34 неделе гестации. Мать во время беременности питалась в основном молочной и растительной пищей. Гемоглобин у матери к концу беременности составлял 102 г/л. Ребенок со 2-ой недели жизни находится на искусственном вскармливании. У ребенка отмечают резко выраженную вялость, бледность кожи и слизистых, гипотония мышц.

Тахикардия, на верхушке сердца систолический шум. ЧСС – 160 в мин. ЧД – 62 в мин.

В общем анализе крови – Hb = 68 г/л, Eг =  $2,1 \times 10^{12}$ /л, L =  $6,8 \times 10^9$ /л, СОЭ = 16 мм/час.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Неотложная помощь.

### Ситуационная задача 30

Ребенок от срочных родов путем кесарева сечения, родился без асфиксии, масса при рождении 4400 г. Мать страдает сахарным диабетом. Ребенку выставлен диагноз «диабетическая фетопатия». Назначена симптоматическая терапия. На 3-и сутки отмечено резкое ухудшение состояния: выраженная вялость, поза «лягушки», периодически сменяемая декортикационной ригидностью, тремор конечностей, бледность кожи, подергивание мышц лица, из рефлексов сохранены только сухожильные и симптом Бабинского, отсутствие реакции на болевое раздражение. Дыхание аритмичное. Тенденция к тахикардии. Слизистые сухие. Живот мягкий. Паренхиматозные органы не увеличены. Стул и мочеиспускание регулярные. Глюкоза крови – 1,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Неотложная помощь.

### Ситуационная задача 31

В отделении реанимации новорожденных находится ребенок, 4 дней. Ребенок родился от четвертой беременности, первых преждевременных родов на сроке гестации 35 недель (1 беременность – антенатальная гибель плода на сроке гестации 27 недель, 2-3 беременности самопроизвольное прерывание беременности на сроках 12-16 недель). В течение данной беременности на сроке гестации 20 недель была выявлена положительная ПЦР к вирусу ЦМВИ, АТ к нему не было, однако при повторном исследовании в 24 недели обнаружены низкоавидные IgG в титре 1:40. Роды на сроке 35 недель гестации, самопроизвольные, в головном предлежании. Многоводие. Масса тела при рождении 2030 г, длина 44,5 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние ребенка после рождения тяжелое за перенесенной асфиксии, интоксикации, недоношенности. С рождения симптомы угнетения нервно-рефлекторной деятельности, мышечной гипотонии. На коже туловища и конечностей геморрагическая сыпь. С первых суток жизни отмечалась гепатоспленомегалия. Желтуха появилась на вторые сутки жизни, сопровождалась повышением уровня трансаминаз в крови в 10 раз. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет ЧД 48 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены ЧСС 148 в минуту. На 3 сутки жизни у ребенка развился приступ фокальных судорог.

Анализ крови на 3 сутки жизни: Hb – 160 г/л, эр. –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $18 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 27%, л – 56%, э – 3%, м – 9%, тромбоциты –  $120 \times 10^9$ /л. СОЭ – 4 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите препарат для проведения этиотропной терапии.
5. Есть ли необходимость проведения антибактериальной терапии?

### Ситуационная задача 32

Ребенок 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-е сутки, пупочная ранка сократилась хорошо. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном

состоянии. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные.

Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.

*Общий анализ крови:* Нб – 180 г/л, эр –  $5,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $270 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $17,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты – 3%, п/я – 13%, с – 57%, л – 24%, м – 3%, СОЭ – 9 мм/час.

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

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямо – 51 мкмоль/л, прямо – нет, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какой этиологический фактор чаще вызывает это заболевание?
5. Принципы терапии.

### Ситуационная задача 33

Ребенок поступил в ОПН из родильного дома на 4 день жизни с диагнозом Перинатальное поражение ЦНС. Парез Дюшена-Эрба.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды первые, на сроке 40 недель гестации, вторичная слабость родовой деятельности слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период – 12 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

После рождения состояние ребенка удовлетворительное. Находился в палате совместного пребывания. На 3 день жизни при осмотре ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. На 4-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепномозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонноротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильной рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. С ног рефлексы вызываются.

*Общий анализ крови:* Нб – 221 г/л, Эр –  $6,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,97, Лейк –  $8,2 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с – 56%, э – 1%, б – 1%, л – 30%, СОЭ – 2 мм/час.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 55,0 г/л, билирубин: непрямо –

98 мкмоль/л, прямой – 1,5 мкмоль/л, мочевины – 4,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Показано ли этой больной рентгенологическое исследование?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Консультации каких специалистов необходимы?

#### Ситуационная задача 34

В отделении патологии новорожденных поступил недоношенный новорожденный 9 дней. Родился на сроке гестации 32 недели с массой тела 1050 г, ростом 42 см. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с обострением пиелонефрита – в III триместре, осложнившейся гестозом в III триместре. Роды преждевременные на 32 неделе беременности, самопроизвольные, в тазовом предлежании. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет перенесенной асфиксии, дыхательной недостаточности и незрелости. Катетеризована пупочная вена с целью проведения инфузионной и антибактериальной терапии. На фоне проводимой терапии состояние с улучшением, на 4 сутки жизни ребенок экстубирован и переведен на назальный СРАР, на 5 сутки жизни переведен на увлажненный кислород. На 6 сутки жизни при осмотре состояние тяжелое, кислородзависимый. Дыхание проводится по всем полям, в задних отделах ослабленное, на высоте вдоха справа выслушиваются крепитирующие хрипы. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД 64 в минуту. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 168 уд/мин, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, печень +3 см, селезенка +0,5 см. Пупочная ранка со скудным серозно-гнойным отделяемым, вокруг – небольшой гиперемизированный валик. На 7 сутки жизни появилось обильное гнойное отделяемое из пупочной ранки, увеличилась зона гиперемии и отека вокруг.

*Анализ крови на 8 день жизни:* Hb – 192 г/л, эр. –  $5,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $4,2 \times 10^9$ /л, миелоциты – 4%, п/я – 8%, с/я – 52%, лимф. – 26%, эоз. – 0%, мон. – 10%, тромб. –  $80 \times 10^9$ /л.

*Биохимический анализ крови на 8 сутки жизни:* общий белок – 41 г/л, креатинин – 70 ммоль/л, мочевины – 6,8 ммоль/л, глюкоза – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 78 мкмоль/л, билирубин прямой – 9 мкмоль/л, АСТ – 42 Ед/л, АЛТ – 37 Ед/л, натрий – 134 ммоль/л, калий – 6,6 ммоль/л, СРБ – 120 мг/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной клинический диагноз.
2. В чем причина ухудшения состояния ребенка?
3. Охарактеризуйте анализы крови данного ребенка.
4. Составьте план дополнительного необходимого обследования.
5. Составьте план лечения.

#### Ситуационная задача 35

Девочка, поступила в ОПН из родильного дома с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, острый период, синдром нейро-рефлекторной возбудимости. Состояние после умеренной асфиксии». Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (Hb – 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды первые срочные, на сроке гестации 40 недель, первичная слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов – 8 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале, санация трахеи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии

не определялось. На 4-е сутки жизни ребенок переведен в ОПН. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавленными комочками. В неврологическом статусе – крик монотонный, большой родничок 2,0×2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было.

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

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

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
4. Принципы терапии/
5. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара?

### Ситуационная задача 36

Вызов в приемное отделение детской многопрофильной больницы. Обратилась мать с ребенком в возрасте 24 дней с жалобами на сыпь на коже в течение 2 дней, отказ от груди, вялость в течение дня. Из анамнеза: ребенок от второй беременности, вторых преждевременных родов на сроке 36 недель гестации. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, гестоза. Масса ребенка при рождении 2450 г, рост 48 см. Период адаптации протекал на фоне перенесенной асфиксии (оценка по Апгар 5/6 баллов), дыхательных нарушений (ИВЛ в течение 2 суток, СДППД 1 сутки). Был переведен на второй этап выхаживания. Выписан на педиатрический участок в возрасте 16 дней с выздоровлением. При осмотре состояние ребенка средней тяжести, вялый. Температура тела 37,2. Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой оболочке полости рта трудно снимающийся белый налет. Мышечный тонус умеренно снижен, рефлексы вызываются. Дыхание – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 40 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, селезенка – +1 см. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен. Через 6 часов после госпитализации появились судороги в виде оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высовывание языка).

*Общий анализ крови:* Hb – 112 г/л, эр –  $3,5 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,89, лейк –  $10,3 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 33%, э – 3%, л – 52%, м – 10%, СОЭ – 15 мм/час.

*Общий анализ мочи:* прозрачность – мутная, лейкоциты – 10-12 в п/з, белка и глюкозы нет, много грибов рода Candida.

*Исследование ликвора:* ликвор мутный, опалесцирующий, цитоз – 400/3, нейтрофилы – 16%, лимфоциты – 62%, моноциты – 22%, белок – 2,08 г/л (норма – 0,49-0,80).

*Посев ликвора на бактериальные среды:* стерильный.

*Посев ликвора на грибы:* высеваются грибы рода Candida albicans.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

4. Какие методы обследования показаны для выяснения этиологии судорожного синдрома?

5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок в настоящее время?

### Ситуационная задача 37

У ребенка 3 суток жизни, родившегося от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания и анемией в третьем триместре беременности, вторых преждевременных родов на сроке гестации 34 недели. Масса тела при рождении 2270 г, рост 44 см, оценка по Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка при рождении было расценено как среднетяжелое, за счет незрелости. Ребенок получал инфузионную терапию в палате интенсивной терапии, в первые сутки жизни был кислородзависимый кормился через соску, питание усваивал. При осмотре на третий день жизни выявлено ухудшение состояния за счет явлений интоксикации. Ребенок вялый, неактивный. Соску не сосет, при кормлении через зонд срыгнул с примесью желчи. При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное – чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС – 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стула при осмотре нет.

В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1×1 см, не напряжен.

*Общий анализ крови:* Нб – 150 г/л, лейкоциты –  $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты – 6%, метамиелоциты – 6%, п/я – 17%, с – 50%, л – 17%, м – 4%, СОЭ – 30 мм/час.

*Кислотно-основное состояние крови:*  $pO_2$  – 36,2 мм рт.ст.,  $pCO_2$  – 44,6 мм рт.ст., pH – 7,33, BE – -10,2 ммоль/л.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 60,0 г/л, глюкоза – 6,5 ммоль/л, калий – 4,28 ммоль/л, натрий – 132,1 ммоль/л, кальций – 0,73 ммоль/л (ионизированный).

*Общий анализ мочи:* реакция кислая, белок – 0,66%, лейкоциты – сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования показаны данному ребенку?
3. Лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?
4. Показана ли ребенку люмбальная пункция?
4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.
5. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?

### Ситуационная задача 38

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2×2 см, малый – 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

*Общий анализ крови на 6-й день жизни:* Hb – 172 г/л, эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, тромб –  $190,0 \times 10^9$ /л, лейкоц –  $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2 мм/час. На 13 день жизни: Hb – 162 г/л, эр –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, тромб –  $130 \times 10^9$ /л, лейкоц –  $17,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 27%, л – 59%, м – 10%, СОЭ – 8 мм/час.

*Биохимический анализ крови:* общий белок – 40,0 г/л, билирубин: общий – 310 мкмоль/л, непрямой – 268 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л., АСТ – 169 Ед/л.

*Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни:* прозрачность – мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панда – +++, цитоз – 350 в 3 мкл: нейтрофилы – 25%, лимфоциты – 75%.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
4. Оцените результаты общего анализа крови.
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

### Ситуационная задача 39

Ребенок в возрасте 7 дней направлен в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским аборт, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью 3 года. Женщине 34 года, больна хроническим пиелонефритом. Отмечалось обострение во время данной беременности в 26-28 недель, лечилась в стационаре.

Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. Роды срочные, быстрые. Безводный период 2 часа. После рождения состояние ребенка расценено как удовлетворительное, приложен к груди. Находился в палате совместного пребывания. Выписан на пятый день жизни.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до  $37,8^\circ$ . Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре в приемном покое возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, пузыри овальной и округлой формы наполненные прозрачным желтоватым содержимым венчиком гиперемии вокруг размером 5-10 мм. На месте одного пузыря – эрозивная поверхность остатками эпидермиса. Температура тела  $38^\circ$ . В анализе крови: Hb – 160 г/л, эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 15 мм в час, лейкоциты –  $28 \times 10^9$ /л, п – 5%, с – 49%, э – 1%, л – 40%, м – 5%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Тактика лечения ребенка.
5. Прогноз.

### Ситуационная задача 40

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Первый триместр беременности протекал с токсикозом и ОРВИ. Роды срочные на сроке гестации 38 недель. Безводный промежуток 6 часов, задние воды зеленоватые, с запахом. Масса тела 3400. Оценка по шкале Апгар 9 баллов на первой и на пятой минуте. Выписан домой в удовлетворительном состоянии на грудном вскармливании.

На 6 сутки пуповинный остаток отпал самостоятельно. При осмотре на следующие сутки пупочная ранка под корочкой, наблюдается скудное серозное отделяемое. Температура  $36,7^\circ\text{C}$ . Сосет активно, самостоятельно.

На 8-е сутки жизни появилась субфебрильная температура, вялость, ухудшение

аппетита, срыгивания. При клиническом обследовании со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не выявлено. Отмечается отек и гиперемия пупочного кольца, выбухание пупка и гнойное отделяемое из пупочной ранки. Ребенок осмотрен участковым педиатром и дано направление на стационарное лечение.

В приемном отделении: ОАК: Нв – 167 г/л, Эр –  $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $240 \times 10^9$ /л, лейкоц –  $24,4 \times 10^9$ /л, миелоциты – 4%, п/я – 10%, с – 41%, л – 34%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие факторы риска привели к заболеванию?
3. Есть ли показания для назначения антибактериальной терапии?
4. Опишите признаки интоксикации у ребенка.
5. К какой группе здоровья относится ребенок?

## **6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **6.1. Основная литература**

1. Биологические функции витамина D. Рахит и рахитоподобные заболевания у детей: учебное пособие / сост. И.Е. Иванова, В.А. Родионов. – Чебоксары: ИУВ, 2017. – 116 с.
2. Грудное вскармливание. Проблемы в период грудного вскармливания. Пути решения: учебное пособие для врачей. – Хабаровск, 2018. – 52 с. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_46251424\\_13844888.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_46251424_13844888.pdf)
3. Дегтярева А.В. Негемолитические желтухи у новорожденных детей: учебное пособие / А.В. Дегтярева, Д.Н. Дегтярев, Ю.М. Голубцова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 80 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451557.html>.
4. Желтухи новорожденных: клиническое руководство / Н.Н. Володин, Д.Н. Дегтярев, А.В. Дегтярева, М.В. Нароган. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 184 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448021.html>
5. Кильдиярова Р.Р. Клинические нормы. Педиатрия: справочное пособие / Р.Р. Кильдиярова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 384 с.
6. Наблюдение недоношенных детей в условиях детской поликлиники. – Хабаровск, 2021. – 72 с. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_46267821\\_42469766.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_46267821_42469766.pdf)
7. Национальная программа «Недостаточность витамина Д у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». – М.: ПедиатрЪ, 2021. – 96 с.
8. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Союз педиатров России. – М., 2019. – 207 с.
9. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике). – М.: ПедиатрЪ, 2017. – 151 с.
10. Неонатология: клинические рекомендации / А.Г. Антонов [и др.]; под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 319 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462133.html>.
11. Неотложная педиатрия: национальное руководство / Б.М. Блохин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 832 с.
12. Неотложная помощь новорожденным на догоспитальном этапе: учебное пособие / С.М. Безроднова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 168 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439616.html>
13. Неотложные состояния у новорожденных детей: руководство для врачей / Е.Н. Балашова, Е.Л. Бокерия, А.А. Буров [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 415 с.
14. Хирургические болезни недоношенных детей: национальное руководство / под ред. Ю.А. Козлова, В.А. Новожилова, А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450727.html>.
15. Шабалов Н.П. Неонатология: учебное пособие: В 2-х т. Т. 1 / Н.П. Шабалов, Л.Н. Софронова. – 7-е изд., переаб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 720 с.
16. Шабалов Н.П. Неонатология: учебное пособие: В 2-х т. Т. 2 / Н.П. Шабалов, Д.О. Иванов, А.С. Колбин. – 7-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 752 с.
17. Шайтор В.М. Неотложная неонатология: краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 320 с.
18. Энтеральное питание недоношенных и маловесных детей в перинатальном стационаре и амбулаторных условиях: практическое руководство / сост. И.Е. Иванова, Н.Г. Тарасова, Д.В. Лукоянов. – Чебоксары: ИУВ, 2018. – 61 с.

### **6.2. Дополнительная литература**

1. Актуальные вопросы педиатрии и неонатологии: сборник лекций [для слушателей курсов повышения квалификации, обучающихся по специальности «Педиатрия»]:

электронное издание / отв. ред. И.Е. Иванова. – Чебоксары: ИУВ, 2020. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM)

2. Актуальные проблемы неонатологии: дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (144 часа) / Л.К. Антонова [и др.]. – Тверь, 2016. – 33 с. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_28971861\\_28577554.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_28971861_28577554.pdf)

3. Богомилский М.Р. Практическое руководство по диагностике, лечению и профилактике болезней уха, горла и носа у новорожденных, детей грудного и раннего возраста / М.Р. Богомилский, В.С. Минасян, И.В. Рахманова. – М.: Изд-во РГСУ: ГБОУВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. – 2012. – 168 с.

4. Витамин D, кальций и фосфаты у здоровых детей и при патологии / С.В. Мальцев, Н.Н. Архипова, Э.М. Шакирова. – Казань, 2012. – 120 с.

5. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей / под ред. Г.В. Яцык. – М.: ПедиатрЪ, 2012. – 155 с.

6. Егорова И.Н. Болезни кишечника у детей, протекающие с синдромом мальабсорбции: практическое руководство / И.Н. Егорова, И.Е. Иванова, О.И. Голубцова. – Чебоксары: ИУВ, 2017. – 121 с.

7. Миролюбов Л.М. Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей первого года жизни / Л.М. Миролюбов. – Казань: Медицина, 2008. – 152 с.

8. Наследственные болезни у детей Чувашской Республики. Эпидемиология и этнотерриториальные особенности: сб. научных трудов. – Чебоксары: Издательство Чувашского университета, 2009. – 174 с.

9. Неонатология и педиатрия раннего возраста: избранные лекции. / О.А. Сенькевич, А.А. Антонова, В.С. Гороховский [и др.]. – Хабаровск, Изд-во ДВГМУ, 2019. – 236 с. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_42359280\\_40827309.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42359280_40827309.pdf).

10. Особенности лучевой диагностики пульмонологических проблем в неонатологии: проектирование образовательных результатов обучающихся / М.Г. Голубчикова, Н.С. Дрантусова. – М., 2019. – 111 с. – URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_43800978\\_83675362.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_43800978_83675362.pdf).

11. Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22-27 недель / под ред. Д.О. Иванова, Д.Н. Суркова. – СПб.: Информ-Навигатор, 2013. – 132 с.

12. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 288 с.

13. Пальчик А.Б. Неврология недоношенных детей: рук. / А.Б. Пальчик, Л.А. Федорова, А.Е. Понятишин. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 352 с.

14. Пальчик А.Б. Токсические энцефалопатии новорожденных / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 176 с.

15. Прахов А.В. Неонатальная кардиология / А.В. Прахов. – Н.Новгород: НижГМА, 2008. – 388 с.

16. Ультразвуковая диагностика в неонатологии и педиатрии: дифференциально-диагностические критерии: [практическое руководство] / под ред. И.В. Дворяковского, Г.М. Дворяковской. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Атмосфера, 2012. – 172 с.

17. Национальное руководство РАСПМ «Неонатология» / под ред. акад. РАН Н.Н. Володина. – М., 2019.

18. Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале: методическое письмо Минздрава России №15-4/И/2-2570 от 4 марта 2020 года / под ред. Е.Н. Байбариной. – М., 2020. – 55 с.

19. Ранняя анемия новорожденных: клинические рекомендации. – М., 2021. – 42 с.

20. Врожденная анемия вследствие кровопотери у плода: клинические рекомендации. – М., 2021. – 32 с.

21. Нарушение обмена галактозы (галактоземия): клинические рекомендации. – М., 2021. – 69 с.

22. Анемии новорожденных. Диагностика, профилактика, лечение: клинические

рекомендации / Р.А. Жетишев, Н.П. Шабалов, Д.О. Иванов. – 2015. – 34 с.

23. Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении: клинические рекомендации / Е.Н. Байбарина, Д.Н. Дегтярев, В.В. Зубков. – М., 2015. – 34 с.

24. Бронхолегочная дисплазия у детей: клинические рекомендации. М., 2016. – 41 с.

25. Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом: клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина. – 2015. – 44 с.

26. Диагностика и консервативное лечение новорожденных с некротизирующим энтероколитом: клинические рекомендации [проект] / Е.И. Дорофеева, Ю.Л. Подуровская, А.А. Буров [и др.]. – М. – 14 с.

27. Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных: клинические рекомендации / Д.О. Иванов, Н.П. Шабалов, Ю.В. Петренко. – М., 2015. – 58 с.

28. Диагностика и лечение шока у новорожденных детей: клинические рекомендации / Д.С. Крючко, А.Л. Карпова, М.Е. Пруткин [и др.]. – М., 2019. – 31 с.

29. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН): клинические рекомендации. – М., 2017. – 32 с.

30. Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденных: клинические рекомендации / Д.Н. Дегтярев, А.Л. Карпова, И.И. Мебелова [и др.]. – М., 2015. – 22 с.

31. Открытый артериальный проток у недоношенных детей: клинические рекомендации / А.А. Буров, Д.Н. Дегтярев, О.В. Ионов [и др.]. – 14 с.

32. Парентеральное питание новорожденных: клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина. – М., 2015. – 32 с.

33. Энтеральное вскармливание недоношенных детей: клинические рекомендации / Е.В. Грошева, А.В. Дегтярева, О.В. Ионов [и др.]. – М., 2015. – 17 с.

34. Терапевтическая гипотермия у новорожденных детей: клинические рекомендации / А.А. Буров, В.В. Горев, К.Д. Горелик [и др.]. – М., 2019. – 37 с.

35. Синдром аспирации мекония у новорожденных: клинические рекомендации. – М., 2017. – 32 с.

36. Тактика ведения доношенных и недоношенных новорожденных детей с непрямой гипербилирубинемией: клинические рекомендации [проект] / Д.Н. Дегтярев, А.В. Дегтярева, А.Л. Карпова [и др.]. – 2016. – 47 с.

37. Диагностика и лечение полицитемии новорожденных: клинические рекомендации / Д.Н. Дегтярев, А.Л. Карпова, А.В. Мостовой [и др.]. – М., 2015. – 17 с.

38. Инвазивный кандидоз у новорожденных: клинические рекомендации. – М., 2017. – 34 с.

39. Легочная гипертензия у детей: клинические рекомендации. – М., 2017. – 60 с.

40. Врожденная пневмония: клинические рекомендации. – М., 2017. – 40 с.

41. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы: клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина. – 2015. – 35 с.

42. Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку: клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина. – 2015. – 37 с.

43. Амплитудно-интегрированная электроэнцефалография в оценке функционального состояния центральной нервной системы у новорожденных различного гестационного возраста: клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина. – 2015. – 39 с.

44. Ведение первичной медицинской документации в отделениях неонатологического профиля: проект свода правил и рекомендаций для врачей / А.Л. Карпова, А.В. Мостовой. – 78 с.

### **6.3. Нормативные документы**

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // КонсультантПлюс: [справочно-правовая система].

2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020).
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 29 мая 2012 г. регистрационный номер № 24361).
4. Приказ Минтруда России от 27.03.2017 № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2017 № 46397).
5. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
6. Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении положения оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
7. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций».
8. Приказ Минздрава России № 302н от 16.05.2019 «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
9. Постановление Кабинета Министров ЧР от 14.06.2019 № 233 «О программе Чувашской Республики «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».
10. Приказ Минздрава России № 381н от 7 июня 2019 года «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
11. Приказ Минздрава России № 755н от 15 сентября 2019 года «О внесении изменения в приложение №1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
12. Приказ Минздрава России № 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».
13. Приказ Минздрава России № 572н от 1 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
14. Методическое письмо Минздрава России №15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 года «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».
15. Приказ Минздрава России №203н от 17 мая 2017 года «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
16. Приказ Минздрава России №183н от 2 апреля 2015 года «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».
17. Приказ Минздрава России №365 от 20 ноября 2002 года «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови».
18. Приказ Минздрава России №606 от 19 декабря 2005 года «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».
19. Приказ Минздрава России №185 от 22 марта 2006 года «О массовом обследовании новорождённых детей на наследственные заболевания».
20. Приказ Минздрава России №125н от 21 марта 2014 года «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (с изменениями и дополнениями).

21. Приказ Минздрава России №51н от 31 января 2011 года «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

22. Приказ Минздрава России №909н от 12 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология».

23. Приказ Минздрава России №183н от 2 апреля 2013 года «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».

#### **6.4. Электронные ресурсы**

1. Medlinks.ru: медицинский сервер. – URL: <http://www.medlinks.ru>.
2. PubMed (National Library of Medicine – NLM): Национальный центр биотехнологической информации. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>.
3. Вопросы современной педиатрии: Научно-практический рецензируемый журнал. – URL: <https://vsp.spr-journal.ru/jour>.
4. Единое окно доступа к образовательным ресурсам. – URL: <http://window.edu.ru/>.
5. Информационные ресурсы ФИПС: Патентные и непатентные, полнотекстовые базы данных. – URL: <https://www.1.fips.ru/>.
6. Клинические рекомендации / Союз педиатров России. – URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/>.
7. Консультант врача: электронная медицинская библиотека. – URL: <http://www.rosmedlib.ru>.
8. Консультант Плюс: справочно-правовая система – URL: <http://www.consultant.ru/>.
9. Медико-социальные проблемы инвалидности: научно-практический журнал. – URL: <https://www.elibrary.ru/contents.asp?id=37156554>.
10. Научная электронная библиотека. – URL: <http://elibrary.ru>.
11. Национальная электронная библиотека. – URL: <https://rusneb.ru/>.
12. Педиатрия: журнал им. Г.Н. Сперанского. – URL: <http://www.pediatriajournal.ru>.
13. Российский педиатрический журнал – научно-практический журнал. – URL: <http://www.medlit.ru/journalsview/pediatrics>.
14. Руконт: национальный цифровой ресурс. – URL: <http://rucont.ru/>.
15. Федеральная электронная медицинская библиотека. – URL: <http://feml.scsml.rssi.ru/feml/>.
16. Электронный библиотечный абонемент ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. – URL: <http://www.emll.ru/>.
17. Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины – URL: <http://www.raspm.ru/>.
18. Российское общество неонатологов (Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии) – URL: <http://www.neonatology.pro/>.
19. Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ) – URL: <http://www.rmapo.ru/>.
20. Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей РАМН – URL: <http://www.nczd.ru/>.
21. Союз педиатров России – URL: <http://www.pediatr-russia.ru/>.