

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 20:38:10  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры  
детской хирургии и педиатрии ИНО  
протокол № 2 от «20» октября 2025 г.  
заведующий кафедрой детской хирур-  
гии и педиатрии ИНО, д.м.н.,  
доцент В.П. Гаврилюк

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
доцент Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
31.08.18 – Неонатология**

**Разработчики рабочей программы:**

Заведующий кафедрой детской хирургии и педиатрии ИНО, д.м.н., доцент В.П. Гаврилюк,  
доцент кафедры детской хирургии и педиатрии ИНО, к.м.н., доцент Г. И. Кислюк

Программа государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности 31.08.18 Неонатология обсуждена на заседании ученого совета Института непрерывного образования протокол № 3 от 16.12.2025 г.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.18 Неонатология.

**1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.18 Неонатология должен обладать следующими **компетенциями**:

<b>Компетенция</b>		<b>Логическая связь с дисциплинами учебного плана</b>
<b>Код</b>	<b>Формулировка</b>	
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Неонатология Педиатрия Акушерство и гинекология Общественное здоровье и здравоохранение Педагогика Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Неонатология Медицина чрезвычайных ситуаций Коммуникативные навыки Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-	Педагогика Государственная итоговая аттестация

	правовому регулированию в сфере здравоохранения	
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья матери и ребенка, включающих в себя формирование здорового образа жизни, профилактику и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у матерей и новорожденных детей, раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Неонатология Профилактика заболеваний и основы здорового образа жизни Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-2	Готовность к проведению клинического осмотра, диагностических мероприятий, оценки состояния ребенка в зависимости от срока гестации в норме и при патологических состояниях	Неонатология Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Медицина чрезвычайных ситуаций Производственная (клиническая) практика (базовая) Государственная итоговая аттестация
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья матери и новорожденного ребенка	Общественное здоровье и здравоохранение Производственная (клиническая) практика (базовая) Государственная итоговая аттестация
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Неонатология Патология Генетика Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-6	Готовность к ведению и лечению новорожденных детей, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи	Неонатология Неотложная помощь Основы доказательной медицины Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация

ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Медицина чрезвычайных ситуаций Обучающий симуляционный курс Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-8	Готовность к применению лекарственной терапии и других методов терапии у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	Неонатология Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-9	Готовность к формированию у матерей новорожденных детей и членов их семей мотивации и навыков по уходу и выхаживанию младенца, направленных на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья ребенка	Неонатология Общественное здоровье и здравоохранение Педагогика Профилактика заболеваний и основы здорового образа жизни Коммуникативные навыки Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Неонатология Общественное здоровье и здравоохранение Медицинская информатика Управление проектами в системе здравоохранения Производственная (клиническая) практика (базовая) Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Общественное здоровье и здравоохранение Управление проектами в системе здравоохранения Производственная (клиническая) практика (базовая) Государственная итоговая аттестация
ПК-12	Готовность к организации медицинской по-	Медицина чрезвычайных си-

	мощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	туаций Управление проектами в системе здравоохранения Производственная (клиническая) практика (вариативная) Государственная итоговая аттестация
--	--	--

## 2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования — программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

## 3. Программа государственного экзамена

3.1 Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА.

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап — тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап — итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета.

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3 При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди.

В процессе ответа и после его завершения члены государственной экзаменационной комиссии (ГЭК) с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4 По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утверждёнными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, проставляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

#### **Критерии оценки результатов государственного экзамена**

<b>Оценка в баллах</b>	<b>Содержание ответа</b>
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

## 4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену

### 4.1 Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Санитарно- гигиенический и противоэпидемический режим отделений новорожденных в отделениях 1-2 этапа.
2. Сепсис новорожденного. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Клинико-лабораторная диагностика. Классификация. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
3. Вирусные внутриутробные инфекции (краснуха. цитомегалия, герпес). Этиология. Патогенез. Пренатальная диагностика. Клинические и лабораторно- инструментальные методы диагностики. Классификация. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
4. Принципы ухода за недоношенным ребенком. Особенности выхаживания маловесного и экстремально недоношенного ребенка. Роль тепловой цепочки.
5. Билирубиновый обмен у плода и новорожденного в норме и патологии. Классификация желтух. Диффдиагностика гемолитических и конъюгационных желтух
6. ВИЧ- инфекция. Этиология. Патогенез. Пренатальная диагностика. Клинические проявления. Классификация. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
7. Инфекционные заболевания кожи, подкожно жировой клетчатки и пупочной ранки у новорожденного. Современные представления об этиологии. Патогенез. Клинические проявления. Принципы терапии, профилактика, прогноз.
8. Токсоплазмоз. Хламидиоз. Микоплазмоз. Уреоплазмоз. Этиология. Патогенез. Пренатальная диагностика. Клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики. Принципы терапии, профилактики. Прогноз.
9. Листериоз. Современные представления об этиологии. Патогенез. Клинические проявления. Принципы терапии, профилактика, прогноз.
10. Недоношенный ребенок. Классификация. Факторы риска. АФО недоношенного. Особенности течения пограничных состояний. Принципы выхаживания недоношенного в зависимости от гестационного возраста и массы при рождении.
11. Пиелонефрит новорожденного. Этиология, патогенез. Принципы терапии и профилактики, прогноз.
12. Синдром срыгивания и рвоты. Этиология. Патогенез. Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Классификация. Принципы терапии в зависимости от причины заболевания.
13. Пневмонии новорожденных. Классификация. Современные представления об этиологии. Клинико-лабораторные и инструментальные критерии диагностики пневмонии у новорожденного. Принципы терапии и профилактики. Прогноз. Диспансерное наблюдение.
14. Особенности гипоксически-травматического поражения ЦНС у недоношенных новорожденных детей.
15. Сифилис. Этиология. Патогенез. Пренатальная диагностика. Клинические, лабораторные и инструментальные признаки. Классификация. Принципы терапии и профилактики, прогноз.
16. Родовая травма мягких тканей, костной ткани, внутренних органов. Факторы риска. Механизм развития. Патоморфология. Клинические проявления. Неотложная терапия, профилактика, прогноз.
17. Недоношенный ребенок. Классификация. Факторы риска невынашивания беременности. АФО недоношенного. Особенности течения пограничных состояний. Принципы вскармливания недоношенного в зависимости от гестационного возраста и массы при рождении.
18. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология. Патогенез. Пренатальная диагностика. Клинические, лабораторные и инструментальные признаки. Классификация. Принципы терапии и профилактики, прогноз.

19. Врожденная краснуха. Исходы для плода и новорожденного в зависимости от времени инфицирования беременной. Лечение врожденной краснухи. Эпидемиологические аспекты
20. Родовая травма спинного мозга. Этиология. Механизм возникновения, патоморфология. Критерии диагностики. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
21. Вскармливание доношенного новорожденного ребенка.
22. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез. Пренатальная диагностика. Клинические и лабораторно-инструментальные методы диагностики. Классификация. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
23. Вскармливание больного новорожденного. Техника вскармливания через зонд.
24. Техника проведения фототерапии, показания, режимы, осложнения.
25. Принципы энтерального питания у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ. Понятие трофическое питание
26. Бронхолегочная дисплазия. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
27. Пневмония новорожденного. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Классификация. Алгоритм терапии, профилактика, прогноз.
28. Техника проведения оксигенотерапии, показания, оценка эффективности, осложнения
29. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных. Протокол диагностики и терапии
30. Преренальная ОПН. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторные признаки. Принципы терапии
31. Принципы развивающего ухода новорожденных детей
32. Врожденный нефротический синдром. Принципы терапии и профилактики, прогноз.
33. Врожденные пороки сердца. Тактика неонатолога на 1 этапе выхаживания.
34. Геморрагическая болезнь новорожденного. Современные представления об этиологии. Клинико-лабораторные признаки. Принципы терапии и профилактики. Прогноз.
35. Неонатальный холестаз. Понятие. Причины. Методы диагностики и лечения
36. Токсоплазмоз. Этиология, патогенез, факторы риска, клинико-лабораторные и инструментальные признаки. Принципы терапии и прогноза.
37. Шоки у новорожденных протокол диагностики и терапии
38. Билирубиновая энцефалопатия. Факторы риска. Клинические проявления. Неотложная терапия. Профилактика и прогноз
39. Неотложная терапия новорожденному с язвенно-некротическим энтероколитом.
40. Протокол диагностики и лечения желтух у новорожденных. Конъюгационные желтухи. Критерии диагностики. Диффдиагностики, терапии, профилактика и прогноз.
41. Протокол реанимации доношенного новорожденного в родильном зале
42. Острая надпочечниковая недостаточность. Протокол интенсивной терапии
43. Протокол по неотложной помощи при гипогликемии у новорожденного.
44. Протокол интенсивной терапии при ГБН
45. Алгоритм интенсивной терапии при сердечной недостаточности у новорожденного
46. Интенсивная терапия при родовой травме головного и спинного мозга.
47. Гипогликемический синдром. Алгоритм неотложной терапии
48. Протокол по диагностике и лечению РДС.
49. Неотложные мероприятия при РДС у новорожденного с массой тела 1200 г
50. Протокол интенсивной терапии постасфиктического состояния
51. Расчёт дозы лекарственных препаратов (антибиотиков) для новорожденного 1-х дней жизни с экстремально низкой массой тела
52. Реанимация асфиксии новорожденного.
53. Постгеморрагическая анемия новорожденного. Критерии диагностики. Алгоритм неотложной помощи.

54. С-этап реанимации асфиксии. Показания для введения лекарственных препаратов. Пути введения
55. Неотложные мероприятия при синдроме меконияльной аспирации. Факторы риска. Критерии эффективности реанимации.
56. Неотложные мероприятия ребенку с врожденным пороком сердца, НК1 ст. Критерии эффективности. Осложнения.
57. Неотложные мероприятия при гипокальциемии новорожденного. Критерии диагностики. Эффективности. Осложнения.
58. Неотложные мероприятия в родильном зале при асфиксии у недоношенного с ЭНМТ.
59. Техника промывания желудка новорожденному с массой тела 1500 г
60. Неотложные мероприятия при судорожном синдроме у новорожденных.

## 4.2 Ситуационные задачи

### Задача 1

Мальчик А. родился от II доношенной беременности, I родов. Антенатальный период был отягощен перенесенными матерью гриппом в 20 недель, ОРВИ в 38 недель с подъемом температуры до 38<sup>0</sup> С. Масса тела при рождении 3500 г, рост 54 см. Оценка по шкале Апгар на 1-й мин. - 6 баллов, на 5-й мин.- 8 баллов. На второй день жизни у ребенка появилось желтушное окрашивание кожных покровов. Реакция на осмотр беспокойная. Сосет активно, срыгивает молоком. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Биохимический анализ крови: билирубин на 2-е сутки жизни составила 250 мкмоль/л.

Общий анализ крови: эритроциты  $4,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 148 г/л, ЦП 0.9, ретикулоциты 28%, тромбоциты  $297 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $19 \times 10^9/л$ , миелоциты 4%, юные 2%, п/ядерные 12%, с/ядерные 48%, лимфоциты 19%, моноциты 3%, СОЭ 6 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Группа крови матери 0(I), Rh+. Группа крови ребенка A(II), Rh+.

#### Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Выбрать тактику ведения пациента.

### Задача 2

Ребенок А., мальчик. Мать – 22 года, здорова. Профессиональных вредностей не имеет, Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Отмечался легкий токсикоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/ 70 мм.рт.ст. В сроке 20 недель отмечена анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 6 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу. Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

#### Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Выделите основные пограничные состояния

### Задача 3

Ребёнок рождён от матери в возрасте 19 лет. Во время беременности отмечалась дважды угроза прерывания в 27, 35 недель. Женщина лечилась в стационаре неполно (отказывалась от продолжения лечения). В сроке гестации 37 недель наступила родовая деятельность, ребёнок рождён с весов 2200 г., длиной 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 б. Группа

крови матери А (II), резус положительная. В родильном доме отмечалось угнетение ЦНС, желтуха, которая появилась в первые сутки жизни. На коже туловища петехиальная сыпь. На 4 сутки жизни ребёнок для дальнейшего обследования был переведён в инфекционное отделение детской больницы. При поступлении в стационар состояние тяжёлое. Признаки незрелости, угнетение ЦНС (снижение физиологических рефлексов, мышечного тонуса, двигательной активности). Кожные покровы иктеричные, единичные петехии на коже спины. Отмечено увеличение печени до +3 см., пальпировался край селезёнки. В лёгких хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные, шумов нет, ЧСС 128 в 1 минуту. Стул и мочеиспускание в норме.

При исследовании плаценты был выявлен хориоамнионит.

В анализе крови у ребёнка: эр. -3,7 млн., Нь -118 г/л, л-9,8 тыс., п-3%, с-57, л-30, м-10, СОЭ-3 мм/час.

Биохимическое исследование: непрямого билирубина - 136 мм/л, прямого билирубина - 54 мм/л. АСТ - 25 Е/л, АЛТ - 30 Е/л, ПТИ - 80%. Глюкоза крови - 4,4 мм/л, креатинин — 80 мк/л, мочевины -8 мм/л.

УЗИ печени - реактивные изменения печени и жёлчного пузыря в виде - усиления сосудистого рисунка печени, утолщения стенки жёлчного пузыря и неоднородности его содержимого.

УЗИ головного мозга (4 сутки жизни) - субэпендимальные псевдокисты 2x2 мм, 2x3 мм, кальцификаты в перивентрикулярном регионе.

#### **Вопросы:**

1. О каком заболевании у ребёнка надо думать, предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?

#### **Задача 4**

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом.

Беременность I, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные на 38 нед гестации, 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 x2 см, малый – 0,3 x 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 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: Нь – 172 г/л, Эр – 4,6 x 10<sup>12</sup>/л, Ц.п. – 0,94, тромб – 190,0 x 10<sup>9</sup>/л, лейкоц – 10,0 x 10<sup>9</sup>/л, п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0г/л, билирубин общий – 310 мкмоль/л, непрямого – 298 мкмоль/л, прямого – 12 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерина – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность – мутная, белок – 1650 мг/л, реакция Панди – +++, 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? О каком варианте можно думать в данном случае?

3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?

#### **Задача № 5**

Ребенок М. от первой беременности, первых родов. Матери 35 лет, страдает хроническим пиелонефритом. У матери плоскорохитический таз. Ребенок родился при сроке беременности 38 недель. В родах у матери вторичная родовая слабость, применялась медикаментозная стимуляция. Роды затяжные, первый период - 26 часа, второй - 35 мин. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 3-5 баллов, массой 3400, рост 53 см, окружность головы 34 см, груди - 33 см. С первых суток состояние ребенка оценивалось как тяжелое. Ребенок возбужден, сосет слабо, реакция на осмотр повышена, гиперестезия, поза скованная, симптом "открытых глаз". Голова запрокинута назад. Большой родничок 1,5x1,5 см, выбухает, умеренно напряжен. Кожа бледная. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. При аускультации в легких дыхание ослабленное. Тоны сердца приглушены. Ребенку была назначена антигипоксическая, седативная, гемостатическая терапия.

Состояние стабилизировалось, на 7 сутки жизни переведен в отделение патологии новорожденных. К концу месячного возраста у ребенка отмечается расхождение черепных швов, большой родничок увеличился до 4x3 см (при выписке из роддома был 1.5x1.5 см), сохраняется «глазная» симптоматика, срыгивание, мышечная дистония, рефлекс утнетены. Окружность головы 39 см, окружность груди 35 см.

Ликвор (3 сут.) - ксантохромия, мутный, эритроциты до 800 в 1 мм<sup>3</sup>, реакция Панди +++, белок 3,2 г/л, сахар 0,5 ммоль/л.

Нейросонография (4 сут.) - мультифокальные рассеянные ишемические очаги в субкортикальных зонах. Нейросонография (28 сут.) - расширение и асимметрия полостей боковых желудочков.

Заключение окулиста (28 сут.) - на глазном дне мелкоточечные кровоизлияния, застойный диск зрительного нерва.

#### **Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Выявите основной (основные) синдромы поражения.
3. Составьте план лечения.

#### **Задача 6**

У ребенка в возрасте 5 дней при утреннем осмотре на левом бедре в верхней трети обнаружено изменение кожи размерами 3\*3,5 см багрового цвета с инфильтрацией тканей, горячее на ощупь с размягчением в центре. Утром у ребенка отмечен подъем температуры до 38 градусов С. Мальчик от молодых родителей, мать страдает хроническим тонзиллитом. Беременность протекала нормально, роды в срок, безводный период 13 часов, закричал сразу, к груди приложен через 6 часов, пуповинный остаток отпал на 4 день.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения данного больного.
3. Где должен получать лечение новорожденный после выявления данной патологии?
4. Составьте план обследования данного больного.

#### **Задача 7**

Ребенок В., мальчик, родился в срок с массой тела 3250 г. Ребенок от первой беременности. Женщина встала на учет в женской консультации в восемь недель беременности. В первой половине отмечался легкий, непродолжительный токсикоз. В 20 недель беременности диагностирована анемия легкой степени – Hb 102 г/л. В 34-36 недель отмечались отеки на ногах. Общая прибавка в массе – 6 кг.

Продолжительность родов 18 часов. Безводный период – 2 часа. Родостимуляция по схеме Штейна. Первый период 17 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Околоплодные воды (передние и задние светлые). Ребенок закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые сутки. Грудь взял хорошо. Остаток пуповины отсечен на третьи сутки. Осмотрен на 5 сутки жизни. Кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Пупочная ранка влажная. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Выделите основные пограничные состояния

**Задача 8**

У ребёнка, 3-и сутки жизни, родившегося на 39 неделе беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита, кандидозного кольпита, с массой тела – 3200 г, ростом – 50 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потеря в массе 400 г, отмечалась однократная рвота.

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Дыхание аритмичное, чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в лёгких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в минуту. Живот вздут, печень +3 см., селезёнка +1 см. из-под рёберной дуги. Стул со слизью.

В неврологическом статусе: зор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Сосёт вяло, периодически отказывается от груди. Большой родничок 1x1 см, не напряжён.

Общий анализ крови: Hb – 150г/л, лейкоциты –  $26,2 \times 10^9$ /л, миелоциты – 6%, метамиелоциты – 6%, п – 17%, с – 50%, л – 17%, м – 4%, СОЭ- 30 мм/час.

КОС крови: рО<sub>2</sub> – 36,2 мм рт. ст. рСО<sub>2</sub> – 44,6 мм рт. ст., рН – 7,33, ВЕ – -10,2 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52 г/л, глюкоза – 2,3 ммоль/л, калий – 4,28 ммоль/л, натрий – 132,1 ммоль/л, кальций – 0,73 ммоль/л (ионизированный).

Посев на микрофлору: из зева – густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида.

Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрения на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие клинические синдромы Вы можете выделить в течение заболевания у данного ребёнка?
3. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии?
4. В какой посиндромальной терапии нуждается ребёнок?

**Задача 9**

Девочка К., 10 дней. Родилась от II беременности, I срочных родов. I беременность закончилась медицинским абортom при сроке 17 недель. Настоящая беременность протекала на фоне нефропатии I ст., хронической фето-плацентарной недостаточности. В 24 недели беременности отмечалось обострение хронического пиелонефрита, лечилась в стационаре, получала антибиотики и уроантисептики. Наблюдалась первичная слабость родовых сил, была произведена амниотомия. Околоплодные воды светлые. Безводный промежуток 4

часа. Масса ребенка при рождении 3200 г, рост 55 см, окружность головы 36 см, груди - 35 см. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте 4 баллов, на 5-й минуте - 7 баллов. Состояние в первые сутки жизни средней тяжести. Отмечались: беспокойство, снижение мышечного тонуса, тремор конечностей. Сосала из бутылочки вяло, умеренно срыгивала молочком. Рефлексы спинального автоматизма были снижены. Кожные покровы в первые сутки жизни бледно-розового цвета, с 3-х суток появилась желтушность. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ритмичные, звучные. Стул в первые два дня мекониальный, затем с зеленью и слизью. К груди приложена на 3-и сутки жизни. ОАК на 1-е сутки: эритроциты  $5,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 210 г/л, лейкоциты  $21 \times 10^9/л$ , палочкоядерные 5%, сегментоядерные 58%, лимфоциты 26%, моноциты 8%, эозинофилы 2%. Нейросонография: повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Лечение: ампиокс по 150 тыс. 2 раза в/мышечно 5 дней, викасол в/мышечно 0,3 мл 2 раза., фенобарбитал 0.005 3 раза перорально 7 дней.

При осмотре на участке состояние ребенка удовлетворительное. Сохраняется периодическое беспокойство. Грудь сосет хорошо, докармливается смесью "Нутрилон 1", умеренно срыгивает. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот вздут, при пальпации мягкий. Стул учащен, разжиженный с примесью слизи. Мышечный тонус умеренно повышен. Рефлексы спинального автоматизма снижены.

#### **Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Выявите основной (основные) синдромы поражения.
3. Составьте план лечения.

#### **Задача 10**

Ребенок Д., девочка, от второй беременности, первых родов при сроке 38 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20- 24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение.

Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Закричал после отсасывания содержимого из верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы суховаты, бледные с цианотичным оттенком, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 5 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная диффузная гипотония, положительные миотонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Выделите основной синдром
3. Определите степень незрелости

#### **Задача 11**

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, крупно-

размашистый тремор рук, расхождение сагитального шва на 0,3 см, большой родничок 2 х 2 см, малый – 0,3 х 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 рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3 °С, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: гемоглобин – 172 г/л, эритроциты –  $4,6 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,94, тромбоциты –  $190,0 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,0 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с – 30%, л – 54%, м – 15%, СОЭ – 2мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0г/л, билирубин общий – 310 мкмоль/л, непрямой – 298 мкмоль/л, прямой – 12 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность – мутная, белок – 1650 мг/л, реакция Панди – +++, 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? О каком варианте можно думать в данном случае?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?

#### **Задача 12**

У беременной К., 23 лет, родилась девочка от 1-й беременности при сроке 36 недель с пороками развития: микрофтальмия, колобома, гидроцефалия. С рождения у ребенка отмечалось беспокойство, тремор конечностей, мышечная дистония, иногда- судороги. Из анамнеза было установлено, что женщина в первом триместре беременности проживала в сельской местности, где имела контакт с домашними животными- кошками, собаками, козами, коровами. Неоднократно употребляла в пищу сырые яйца, коровье молоко. Женскую консультацию посещала регулярно с 7 недель. Во время беременности ничем не болела, лекарств не принимала, контакта с вредными факторами не было. Была обследована на стафилококк, СПИД, сифилис, уровень альфа- фетопротейна. Результаты обследования отрицательные, альфа- фетопротейн в пределах нормы. Роды протекали без осложнений.

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

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Протокол диагностики.
3. Прогноз.

#### **Задача 13**

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

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

Проведено обследование новорожденного. ОАК на 1-е сутки жизни: эритроциты  $4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 140 г/л, лейкоциты  $19 \times 10^9/л$ , ретикулоциты 8%, тромбоциты  $300 \times 10^9/л$ , миелоциты 4%, юные 2%, п/ядерные 12%, с/ядерные 48%, лимфоциты 19%, моноциты 3%, СОЭ 6 мм/ч.

С диагностической и лечебной целью проведена спинно-мозговая пункция: в ликворе давление повышено, цвет розовый, сахар 0,3 г/л, белок 2,6 г/л, цитоз до 600 в  $1 \text{ мм}^3$  за счет выщелоченных эритроцитов. Данные нейросонографии: расширение силвиевых борозд, повышение общей эхогенности паренхимы мозга.

#### **Вопросы:**

1. Определить степень зрелости
2. Выделите основные синдромы поражения ЦНС

#### **Задача 14**

Доношенная девочка массой 3100г., ростом 52 см родилась от второй беременности, протекавшей с нефропатией II степени, с оценкой по Апгар 7/8 баллов. Состояние ребенка удовлетворительное. Приложен к груди через 2 часа после рождения., с первого дня находится совместно с матерью. Сосет грудь активно, не срыгивает. Пуповинный остаток удален на 3 сутки. Вакцинация БЦЖ, взятие крови на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз проведены на 3 сутки жизни.

Ребенок выписан из роддома в удовлетворительном состоянии на 5 сутки жизни. Кожные покровы с легким желтушным оттенком, с единичными элементами токсической эритемы на разгибательных поверхностях ручек. Отмечается нагрубание обеих молочных желез. Дыхание пуэрильное, ЧД 44 в мин. Сердцебиение ритмичное, отчетливое, ЧСС 136 в мин. Живот мягкий. Половые губы отечные, из половой щели скудное слизистое отделяемое. Стул желтого цвета, переваренный.

Общий анализ крови: эритроциты  $4,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 148 г/л, ЦП 0.9, тромбоциты  $297 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $9 \times 10^9/л$ , п/ядерные 2%, с/ядерные 48%, лимфоциты 40%, моноциты 8%, эозинофилы 2% СОЭ 6 мм/ч.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Выделите основные пограничные состояния

#### **Задача 15**

Доношенный новорожденный мальчик, 10 дней, массой 3000 г, поступил в стационар из родильного дома на 5-й день болезни в очень тяжелом состоянии: вялый, срыгивает, температура тела  $38,6^{\circ} \text{C}$ . Кожа бледно-желтушная с сероватым оттенком и мраморным рисунком, периоральный цианоз, выраженная венозная сеть на передней брюшной стенке. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими симметричный легочный звук. Дыхание пуэрильное. ЧД- 48 в мин. Сердечные тоны ритмичные, границы сердца расширены, ЧСС- 168 в мин. Отмечается ограничение активных движений в правом плечевом суставе, выраженная отечность, гиперемия кожи над ним с участками размягчения. Пупочная ранка с серозным отделяемым, сверху пальпируется тяж. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 2 см. Стул с примесью зелени и слизи.

Неврологический статус: ребенок гиподинамичен, мышечный тонус снижен, рефлексы периода новорожденности угнетены. Большой родничок 2,0 х 2,0 см, не напряжен, не выбухает. Менингеальные симптомы не определяются.

При поступлении в общем анализе крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты  $4,1 \times 10^{12}/л$ , гематокрит 45%, тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ ; в коагулограмме: время кровотечения по Дукке 2 мин, свертываемость крови по Ли-Уайту 3 мин., ПТИ 110%, фибриноген Б+, этаноловый и протаминсульфатный тесты положительные.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 16**

Ребенок родился от 5 беременности, протекавшей с токсикозами в I и II-ой половине, анемией беременных. Ребенок от I беременности здоров. II, III - беременности закончились абортами, IV - выкидышем. У матери хронический пиелонефрит без нарушения функции почек. Во II половине беременности перенесла ОРЗ, лекарства не принимала. Ребенок родился в срок, с массой 3800, оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Через 4 часа после рождения появилась желтуха, интенсивность которой быстро нарастала, состояние ребенка ухудшалось: двигательная активность снижена, сосет вяло, срыгивает, физиологические рефлексы снижены, рефлекс Моро отсутствует. Крик слабый. Большой родничок не напряжен. К концу первых суток кожа желтушная, желтуха III степени. Слизистые желтушны, на лице единичные мелкоочечные кровоизлияния. В легких пуэрильное дыхание. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум, ЧСС 110 уд. в мин. Печень увеличена на 3 см, селезенка - на 2 см. Пастозность нижней части живота. Меконий отошел в первые сутки, моча светлая.

При обследовании ребенка: билирубин пуповинной крови - 68,4 мкмоль/л; через 4 часа после рождения - 171 мкмоль/л, прямой - 34,2 мкмоль/л, непрямой - 136,8 мкмоль/л; через 17 часов после рождения - 342 мкмоль/л, прямой - 68,4 мкмоль/л, непрямой - 263,6 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина - 10 мкмоль/л. Серологические данные: кровь матери 0(I) Rh- отрицательная, ребенка - 0(I) Rh- положительная. Титр антител к Rh-фактору в сыворотке крови матери 1:32. Проба Кумбса положительная.

В анализе периферической крови ребенка в 1 сутки жизни эритроциты -  $3,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 130 г/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 30%, тромбоциты  $297 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $25 \times 10^9/л$ , миелоциты 4%, юные 9%, п/ядерные 12%, с/ядерные 57%, лимфоциты 15%, моноциты 3%, СОЭ 6 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения

**Задача 17**

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

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов - 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень высту-

пает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с непереваренными комочками. В неврологическом статусе - крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было.

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

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

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

**Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Выявите основной (основные) синдромы поражения.
3. Составьте план лечения.

**Задача 18**

Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, 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 7/8 баллов.

После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% 0,5 мл в/м, фенобарбиталом 0,005x2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-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 2x2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой 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. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +.

Общий анализ крови: НЬ - 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: непрямой - 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм).

**Задание:**

1. Поставьте диагноз.
2. Выявите основной (основные) синдромы поражения.
3. Составьте план лечения.

### **Задача 19**

Девочка от 1 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза первой половины, во второй половине - угроза прерывания беременности в 20-22 недели, 28 недель, ОПГ - гестоз средней степени тяжести. У мамы бронхиальная астма с 12 лет. Роды на 34 недели беременности. Тугое обвитие пуповиной шеи плода. Ягодичное предлежание. Ребенок рожден с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, весом 2100 г, длиной 42 см. С рождения состояние средней тяжести.

Через 3 дня после рождения отмечается беспокойство, «мозговой» крик, повышение двигательной активности, гиперестезия. Рефлексы новорожденных оживлены. Мышечный тонус дистоничен. Симптом Грефе. Нечеткая ригидность затылочных мышц. Б. родничок пульсирует.  $t - 37,8^{\circ}\text{C}$ . Кожа бледно-розовая. В легких дыхание пуэрильное. ЧД 50 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 154 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +1,5 см. В общем анализе крови - Эр.-  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb-160 г/л, Le-  $11,0 \times 10^9/\text{л}$ .

При исследовании ликвора – обнаружены свежие и выщелоченные эритроциты, умеренное повышение белка.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Выделите признаки недоношенности

### **Задача 20**

Ребенок С., мальчик, от третьей беременности, первых родов. Предыдущие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. У женщины кровь Rh- отрицательная, у отца Rh-положительная. Во время беременности отмечалось нарастание титра Rh-антител до 1: 16. Ребенок родился а срок. Масса тела при рождении 3250 г. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Переведен в детское отделение через два часа.

На 6 часу жизни отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, нарастание бледности, акроцианоз., мышечная гипотония, гипорефлексия. В легких пуэрильное дыхание, Ч.Д. 50 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 148 в 1 минуту, мягкий систолический шум на верхушке. Нижний край печени на 4 см. ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки на 3 см. ниже реберной дуги. Общая пастозность подкожной клетчатки. Группа крови матери 11, ребенка 1. Rh-фактор матери (-), у ребенка Rh-фактор (+). Билирубин пуповинной крови общий 40 мкмоль/л. Через 6 часов состояние ребенка ухудшилось : стал более вялым, выросла мышечная гипотония, гипорефлексия, усилилась желтуха на фоне бледности кожных покровов. Концентрация общего билирубина в крови достигла 102 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Выбрать тактику ведения пациента.

### **Задача 21**

Новорожденная девочка, возраст 2 дня. Родилась от III беременности, I срочных родов. Первые 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 8-ой и 12-ой неделях. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии II степени. Дважды, в 6 и 18 недель мать перенесла ОРВИ. Матери 35 лет, отцу 43 года. Продолжительность родов 16 часов. Масса тела девочки при рождении - 2550 г., длина - 49 см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте - 6 баллов, на 5 минуте - 8 баллов. Ребенок при осмотре на 1-е сутки жизни вялый, крик слабый, отмечается мышечная гипотония. Рефлексы орального автоматизма живые. Защитный рефлекс вялый, выявляется после длительной латентной

фазы. Рефлекс ползания практически отсутствует. Рефлексы опоры и автоматической походки вялые. Кожа сухая, бледно-розовая, с желтушным оттенком. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается деформация ушных раковин, высокое небо, прогнатизм, глазной гипертелоризм. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

При обследовании получены следующие результаты: ОАК: гемоглобин 220 г/л, эритроциты  $6.5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $15 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 28%, моноциты 8%, тромбоциты  $200 \times 10^9$ /л, гематокрит 65%. Биохимический анализ крови: билирубин на 2 сутки жизни - 85 мкмоль/л, фракция непрямая.

Бак.посевы с кожи подмышечной впадины, наружного слухового прохода отрицательные. Реакция Сейбина-Фельдмана отрицательная у матери и ребенка. Противогерпетические антитела методом иммуноферментного анализа в крови матери и ребенка не обнаружены. В моче цитомегалы не выявлены. IgM в пуповинной крови - 0.1 г/л, СРБ (-). Нейросонография - ишемия головного мозга.

В последующие дни состояние ребенка улучшилось. Стал активнее, рефлексы периода новорожденности живые. К груди приложен на 1-е сутки. Убыль массы составила 200г. С 6-го дня начал прибавлять в массе. Сохранялась слабая желтушность кожи. Выписан на 7 день жизни с массой тела 2500г в удовлетворительном состоянии.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите тактику ведения пациента.

#### **Задача 22**

Мальчик от 2-ой беременности, протекавшей на фоне анемии беременных, I родов. В анамнезе у матери 1 медицинский аборт. Роды произошли на 40-й неделе гестации, оценка по Апгар в конце 1-ой минуты – 8 баллов, на 5-ой минуте – 9 баллов.

Антропометрические данные при рождении: вес – 3250 г., рост – 50 см., окружность головы - 35 см., окружность груди 32 см. С первых суток находится в палате «Мать и дитя», кормится грудью в свободном режиме. Ко вторым суткам вес ребенка составил 3180 г, к третьим суткам – 3055 г., на четвертые сутки – 3090 г., на пятые сутки – 3130 г., на шестые сутки выписан домой с весом 3175 г.

При первом патронаже на дому участковый педиатр отмечает удовлетворительное состояние новорожденного, розовый цвет кожных покровов с участками мелко-пластинчатого шелушения на животе и груди, симметричное увеличение молочных желез, пигментацию сосков и мошонки, множественные беловатые узелки на крыльях носа.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Выделите адаптационные состояния.

#### **Задача 23**

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются 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 неперевавшими комочками, прожилками слизи.

Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, эритроциты –  $5,6 \cdot 10^{12}$  в 12/л, Ц.п. – 0,94, лейкоциты –  $6,4 \cdot 10^9$  в 9/л, п/я – 3%, с – 44%, э – 1%, л – 45%, м – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок – 62,4 г/л, билирубин: непрямой – 51 мкмоль/л, прямой – нет, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

#### **Задача 24**

Ребенок К., мальчик, в возрасте 7 дней поступил в стационар из дома. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась медицинским абортom, без осложнений, вторая беременность срочными родами, без патологии, ребенку 5 лет, здоров. Перерыв между второй и настоящей беременностью три 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. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут. Безводный период 2 часа. При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 граммов, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Пуповинный остаток отсечен на третьи сутки. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии. 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, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы с вялой, морщинистой крышечкой, венчиком гиперемии вокруг размером 5-15 мм., легко снимаются. Температура тела  $38^\circ$ . В анализе крови Hb 160 г/л, эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП 0,97, СОЭ 5 мм в час, лейкоциты  $8 \cdot 10^9$ /л, п – 1%, с 33%, э 1%, л 60%, м 5%.

#### **Вопросы:**

1. Этиология инфекционного заболевания, микробиологические особенности возбудителя.
2. Предварительный диагноз.
3. Комплекс лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий.

#### **Задача 25**

Ребенок С., мальчик, в возрасте 18 дней доставлен в стационар. Анамнез: у матери во время беременности диагностирован бактериальный вагиноз. В 34 недели беременности отмечалось обострение хронического тонзиллита. Ребенок родился в срок с массой тела 2900 г. Околоплодные воды зеленые с неприятным запахом. Плацента увеличена в размерах, с наличием кальцификатов, признаками плацентита и дефектом тканей.

После родов предпринято повторное выскабливание в связи с подъемом температуры у роженицы и наличием сукровичных выделений. Назначалась антибактериальная терапия. Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза, и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в стационар. При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы блед-

ные, с грязновато-желтушным оттенком, акроцианоз. Пупочная ранка влажная, с сукровичным отделяемым, пальпируются пупочные сосуды. Живот вздут, на коже гиперемированной передней брюшной стенки выражена венозная сеть. Внизу живота – пастозность. Вследствие резкого вздутия живота край печени пальпируется с трудом на 4 см ниже реберной дуги по срединноключичной линии. Стул скудный, зловонный с зеленью и прожилками крови.

**Вопросы:**

1. Этиология инфекционного заболевания, микробиологические особенности возбудителя.
2. Предварительный диагноз.
3. Комплекс лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий.

**Задача 26**

Девочка М., от первой беременности. Женщина на учете в ж/к состояла с 12 недель гестации. Антенатальное развитие протекало на фоне: угроза прерывания – в 12, 20 недель гестации (стац. лечение), с 25 недель гестации – анемия 1 ст., обострение хронического пиелонефрита, кольпит, с 32 недель гестации – сочетанный гестоз средней степени тяжести, ХФПН. Роды 1-е в 40 недель гестации. 1-й период – 6 часов, 2-й – 25 минут, безводный период – 1 час, воды светлые. Родилась девочка с однократным обвитием пуповины вокруг шеи, масса тела при рождении – 2500 г, длина – 48 см, О.Г.- 32 см, О.гр.- 31 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Состояние средней степени тяжести, крик раздраженный, тремор конечностей, мышечный тонус снижен, врожденные рефлексы быстро угасают. Кожные покровы бледно-розового цвета, акроцианоз. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, тургор мягких тканей дряблый, кожа сухая. Дыхание пуэрильное, ЧД – 44 в 1 минуту. Тоны приглушены, ЧСС – 150 в 1 минуту. Живот мягкий. Печень +1,5 см.

**Общий анализ крови:** гемоглобин – 169 г/л, эритроциты –  $4,4 \cdot 10^{12}$  в 1 л, гематокрит – 0,53, лейкоциты –  $10,9 \cdot 10^9$  в 1 л, э – 1%, п/я – 3%, с – 56%, л – 30%, м – 10%, СОЭ – 2 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 49 г/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, сахар крови – 1,7 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Провести оценку физического развития.

**Задача 27**

Ребенок родился с массой тела 3430 г., длина тела 54 см, Окр. головы 36 см, Окр. груди 35 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей и тактильной стимуляции. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, постанывал. Отмечены признаки переносимости, акроцианоз, западение подключичной области, ЧД 56 в 1 минуту. Снижена двигательная активность, низкий мышечный тонус, снижение рефлексов. Кормился через соску.

На третьи сутки жизни резкое ухудшение состояния: признаки респираторных нарушений, дал остановку дыхания. Проведены реанимационные мероприятия, ребенок заинтубирован и переведен на аппаратную ИВЛ в жестких режимах. Отмечался эпизод тонических судорог. По желудочному зонду – “зелень”, при осмотре живота – контурированные петли кишечника. Проводилась посиндромная терапия.

Бригадой ОРИТ переведен в отделение реанимации в очень тяжелом состоянии. При осмотре хирурга подозрение на острую хирургическую патологию. После предоперационной подготовки произведена лапаротомия, выявлено два предперфорационных участка стенки сигмовидной кишки. При лапароцентезе получено 20 мл гнойного содержимого. Выведена декомпрессионная илеостома. В послеоперационном периоде проводилось парентеральное, затем энтеральное питание, антибактериальная, иммунотерапия, патогене-

тическая терапия. При обследовании: в анализе крови: гемоглобин – 59 г/л; эритроциты –  $2,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,92; тромбоциты –  $195 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $16,5 \times 10^9$ /л; п/я – 7%; с/я – 45%; миелоциты – 4%; метамиелоциты – 2%; э – 1%; л – 26%; м – 15%. Нейросонография: ПВК I степени с обеих сторон, постгипоксические изменения, признаки гипертензии. Rg – грамма брюшной полости – кишечник пневматизирован на всем протяжении, умеренно неравномерно вздут, уровней жидкости, свободного газа нет. За время нахождения в стационаре отмечалась положительная динамика.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Принципы лечения.

**Задача 28**

Беременность 3, протекала с анемией, ОП - гестозом. В родах не тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Оценка по шкале Апгар 7/7 б. Ребёнок мужского пола с массой тела ребёнка 3200 г., длина 51 см. С рождения отмечался синдром дисадаптации в виде снижения физиологических рефлексов, лёгкого тремора конечностей. На НСГ патологии не выявлено. В родильном доме ребёнок пробыл 6 дней, затем был выписан на педиатрический участок с диагнозом «Риск гипоксического поражения ЦНС».

Со слов матери, у ребёнка в возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка нечастое. Ребёнок осмотрен педиатром. Поставлен диагноз «пилороспазм». Ребёнок был направлен на госпитализацию в стационар новорождённых в возрасте 24 дней жизни.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаки дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожно-жировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормиться грудью матери дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном».

Общеклинические анализы в норме.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительное обследование, консультацию специалиста.

**Задача 29**

Ребенок И. родился при сроке беременности 32 недели, поступил на 2 этап выхаживания в возрасте 10 дней с массой 1700 г. Диагноз при поступлении: Внутриутробная пневмония, острое течение, среднетяжелая форма. Сопутствующий диагноз: недоношенность, гестационный возраст 32 недели. Общее состояние при поступлении тяжелое. Гиперестезия, повышенная двигательная активность, мышечная дистония, спонтанный рефлекс Моро, грубый атетоз, страбизм, руминация, оперкулярные пароксизмы. Гипотермия. Рефлексы спинального автоматизма угнетены. Кожа и слизистые бледно-розовые, с легким субиктеричным оттенком, легкой мраморностью, цианоз носогубного треугольника, легкий акроцианоз. Отмечаются отеки в области нижних конечностей, передней брюшной стенки и на спине. Дыхание с втяжением межреберий, западением грудины. Частота дыхания 60 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС 158 в минуту. На рентгенограмме органов грудной клетки: острая деформация корня легкого, очаговые тени с неровными контурами, неомогенной структуры по всем легочным полям, контуры сердца не изменены. Куполы диафрагмы в норме.

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

Проведена спинно-мозговая пункция: ликвор частыми каплями, ксантохромный, клетки 30 в  $1 \text{ мм}^3$ , преобладают лимфоциты, сахар 1,5 ммоль/л, белок 2,5 г/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 30**

Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов.

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

Группа крови матери А(II) Rh-положительная.

Группа крови ребенка 0(I) Rh-положительная.

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

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

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

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?
3. Каков генез желтухи в данном случае?

**4.2 Тестовые задания**

Во всех тестовых заданиях укажите один правильный ответ

1. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГИПОГЛИКЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. вялость
- b. двигательное возбуждение
- c. бледность
- d. тремор конечностей
- e. все вышеперечисленное

2. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АПНОЭ НЕДОНОШЕННЫХ:

- a. этимизол
- b. эуфиллин
- c. кофеин
- d. преднизолон
- e. кордиамин

3. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СДР НОВОРОЖДЕННОГО ЖЕНЩИНАМ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВВОДИТЬ:

- a. гидрокортизон
- b. преднизолон
- c. дексаметазон
- d. тиреоидин
- e. витамин E

4. В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ ЛУЧШЕ ДРУГИХ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ПРОНИКАЕТ:

- a. стрептомицин
- b. канамицин
- c. амикацин
- d. гентамицин
- e. e. ни один из вышеперечисленных

5. В НЕОНАТОЛОГИИ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНОГО ЭФФЕКТА СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АМПИЦИЛЛИН ПРИМЕНЯЮТ В СОЧЕТАНИИ С:

- a. эритромицином
- b. гентамицином
- c. тетрациклином
- d. ванкомицином
- e. тетрациклинами

6. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ТОКСИЧНОСТЬ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ВОЗРАСТАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:

- a. почечной недостаточности
- b. тяжелой гипоксии
- c. сочетании с ампициллином
- d. сочетании с фуросемидом
- e. все вышеперечисленное

7. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДОПМИНА В ДОЗЕ 0,5-5,0 МКГ/КГ/МИН НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕГИСТРИРУЕМЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

- a. увеличение диуреза
- b. тахикардия
- c. артериальная гипертензия
- d. гипергликемия
- e. тахипноэ

8. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИТАМИН К-ЗАВИСИМЫМ?

- a. протромбин
- b. проконвертин
- c. фактор Стюарта-Прауэра
- d. антигемофильный фактор В
- e. фактор Хагемана

9. ДОЗЫ ВИТАМИНА К, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СЛЕДУЮЩИЕ:

- a. 0,1 мг/кг

- b. 0,01мг/кг
- c. 0,5мг/кг
- d. 1мг/кг
- e. 5мг/кг

10. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. геморрагический синдром
- b. ДВС-синдром
- c. тромбоцитопения менее 10000 в мкл
- d. тромбоцитопения менее 40 000 в мкл
- e. наследственная тромбоцитопатия

11. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ:

- a. ЦНС
- b. селезенка
- c. сердце
- d. легкие
- e. тимус

12. ФЕТАЛЬНЫЙ ГЕПАТИТ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН ВСЕМ, КРОМЕ:

- a. листерия
- b. токсоплазма
- c. ЦМВ
- d. аденовирус
- e. вирус Коксаки

13. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦМВ-ИНФЕКЦИИ:

- a. роцефин
- b. ацикловир
- c. флуконазол
- d. ганцикловир
- e. пентаглобин

14. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИ-ЧИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОДНОКОМПОНЕНТНОЙ СХЕМЫ:

- a. зидовудин
- b. ламивудин
- c. невирапин
- d. ни один из перечисленных
- e. все вышеперечисленные

15. В ПРЕДЕЛАХ КАКОГО ВРЕМЕННОГО ИНТЕРВАЛА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС?

- a. первые 72 часа жизни
- b. первые 24 часа жизни
- c. первая неделя жизни
- d. после первых суток жизни

16. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ?

- a. флуконазол
- b. микамин
- c. амфотерицин В
- d. нистатин
- e. все вышеперечисленные

17. СНАБЖЕНИЕ ТКАНЕЙ ПЛОДА O<sub>2</sub> В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ:

- a. кровотока
- b. концентрации Hb в крови
- c. типа Hb
- d. фосфоглицерата
- e. pH крови плода

18. КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭСТРИОЛА ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА, Т.К. БОЛЬШИНСТВО ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ ЭСТРИОЛА ОБРАЗУЮТСЯ В:

- a. плаценте
- b. надпочечниках плода
- c. надпочечниках беременной
- d. околоплодных водах
- e. печени беременной

19. КРОВЬ, ПОСТУПАЮЩАЯ К СЕРДЦУ, ГОЛОВЕ И ВЕРХНИМ КОНЕЧНОСТЯМ ПЛОДА, НАСЫЩЕНА O<sub>2</sub> НА

- a. 40%
- b. 50%
- c. 60%
- d. 70%
- e. 80%

20. ВСЕ УКАЗАННОЕ НИЖЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, КРОМЕ:

- a. жизнеспособности плода
- b. массы плода 1000
- c. отношение лецитин/сфингомиелин менее 2:1
- d. отсутствие у плода альвеолярных клеток 2 типа
- e. наличие фосфатидилглицерина

21. ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК РЕЗУССЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:

- a. способ родоразрешения
- b. кровотечение из влагалища
- c. преэклампсия
- d. возраст матери
- e. выкидыш в анамнезе

22. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ТОКСОПЛАЗМОЗОМ:

- a. кровь больного человека
- b. птицы
- c. кошки
- d. морепродукты

е. иксодовые клещи

23. ВСЕ ФАКТОРЫ СОПРОВОЖДАЮТ ПЕРЕНОШЕННУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ, КРОМЕ:

- a. дефицита АКТГ
- b. нарушений со стороны ЦНС
- c. недостатка плацентарной сульфатазы
- d. низкого уровня окситоцина
- e. ничего из вышеперечисленного

24. БИОФИЗИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ВСЕ СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, КРОМЕ:

- a. дыхательных движений плода
- b. количества околоплодных вод
- c. мышечного тонуса плода
- d. сократительного стрессового теста
- e. двигательной активности плода

25. ДЛЯ КЩС НОВОРОЖДЕННОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ, ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ:

- a. респираторного алкалоза
- b. увеличения  $p\text{CO}_2$
- c. уменьшение pH
- d. повышение уровня лактата
- e. метаболического ацидоза

26. КАКОВА ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 1-2 СУТКИ ЖИЗНИ:

- a. 0,5-1мл/кг/час
- b. 0,5-2мл/кг/час
- c. 0,5-2,5мл/кг/час
- d. 1-5мл/кг/час
- e. 3-6мл/кг/час

27. КАКОВА ВЕЛИЧИНА СУТОЧНОГО ДИУРЕЗА У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО НА 5-7 СУТКИ ЖИЗНИ:

- a. 0,5-1мл/кг/час
- b. 0,5-2мл/кг/час
- c. 0,5-2,5мл/кг/час
- d. 1-5мл/кг/час
- e. 3-6мл/кг/час

28. В СВЯЗИ С ФЕНОМЕНОМ КИСТООБРАЗОВАНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ЦМВ-ИНФЕКЦИЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- a. с сепсисом
- b. с деструктивной пневмонией
- c. галактоземией
- d. муковисцидозом
- e. ни одно из вышеперечисленных

29. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОРВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. ларингит
- b. ринит
- c. бронхит
- d. бронхиолит
- e. синусит

30. НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ОТ МАТЕРЕЙ-НОСИТЕЛЬНИЦ НВS-АНТИГЕНА С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ:

- a. в первые часы жизни
- b. на 2-3 сутки жизни
- c. при выписке из родильного дома
- d. в возрасте 1 месяца жизни
- e. никогда

## 5. Список рекомендуемой литературы

### Основная литература

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. - краткое издание. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.: ил. - (Национальные руководства). 616-053.3 Н524.
2. Неотложная педиатрия : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-7344-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970473443.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
3. Неонатология : в 2 т. Т. 1. : учебное пособие / Н. П. Шабалов [и др. ]. – 7-е изд. , перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 720 с. – ISBN 978-5-9704-7888-2. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478882.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
4. Неонатология : в 2 т. Т. 2. : учебное пособие / Н. П. Шабалов [и др. ]. - 7-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7894-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478943.html> (дата обращения: 18.11.2025). - Режим доступа : по подписке.

### Дополнительная литература

1. Александрович, Ю. С. Респираторная поддержка при критических состояниях в педиатрии и неонатологии / Александрович Ю. С. , Пшениснов К. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5418-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454183.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
2. Бельмер, С. В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печкуров. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5643-9. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456439.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
3. Блохин, Б. М. Детская пульмонология : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5857-0. – Текст : электронный // URL :

- <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458570.html> (дата обращения: 18.11.2025).  
– Режим доступа : по подписке.
4. Болезни билиарного тракта у детей. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. Л. А. Харитоновой, К. И. Григорьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-7587-4, DOI: 10.33029/9704-7587-4-BIL-2023-1-352. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475874.html> (дата обращения: 20.01.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
  5. Делягин, В. М. Первичные иммунодефициты в педиатрической практике / Делягин В. М. , Садовникова И. В. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5335-3. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453353.html> (дата обращения: 19.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
  6. Детская гастроэнтерология : практическое руководство / под ред. И. Ю. Мельниковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-7381-8, DOI: 10.33029/9704-7381-8-PGP-2023-1-528. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473818.html> (дата обращения: 13.12.2022). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
  7. Детская пульмонология / под ред. Б. М. Блохина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-8802-7, DOI: 10.33029/9704-8802-7-PPU-2025-1-736. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970488027.html> (дата обращения: 04.06.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
  8. Запруднов, А. М. Заболевания кишечника в детском возрасте : руководство для врачей / Запруднов А. М. , Харитонова Л. А. , Григорьев К. И. , Дронов А. Ф. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 488 с. – ISBN 978-5-9704-4616-4. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html> (дата обращения: 06.06.2023). – Режим доступа : по подписке.
  9. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Юшука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-7705-2. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477052.html> (дата обращения: 03.03.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
  10. Инфекции мочевых путей у детей. Руководство по диагностике и лечению / под ред. К. И. Григорьева, Л. А. Харитоновой, Д. А. Морозова, И. М. Османова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-8545-3, DOI: 10.33029/9704-8545-3-IMP-2025-1-344. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970485453.html> (дата обращения: 19.11.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
  11. Кешишян, Е. С. Оценка психомоторного развития ребенка раннего возраста в практике педиатра / Кешишян Е. С. , Сахарова Е. С. , Алямовская Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 104 с. - ISBN 978-5-9704-5831-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458310.html> (дата обращения: 20.11.2025). - Режим доступа : по подписке.
  12. Кильдиярова, Р. Р. Руководство по антимикробной терапии в педиатрии / Кильдиярова Р. Р. – 2-е изд. , перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-5761-0. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457610.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
  13. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф. И. Белялова. – 12-е изд., перераб. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-8328-2, DOI: 10.33029/9704-8328-2-CRC-2024-1-464. – Электронная версия доступна на сайте ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. URL:

- <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483282.html> (дата обращения: 20.04.2024). – Режим доступа: по подписке. – Текст: электронный
14. Крапивница у детей: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. В. Кудрявцевой, Д. В. Заславского, И. С. Коростелевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-9199-7, DOI: 10.33029/9704-9199-7-UIC-2025-1-136. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970491997.html> (дата обращения: 18.11.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
  15. Мазанкова, Л. Н. Менингококковая инфекция у детей. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике : учебное пособие / Мазанкова Л. Н. , Королёва И. С. , Гусева Г. Д. , Ченцов В. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-6121-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461211.html> (дата обращения: 18.11.2025). - Режим доступа : по подписке.
  16. Рыков, М. Ю. Онконастороженность в педиатрии / Рыков М. Ю. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 80 с. (Серия «Онкология») – ISBN 978-5-9704-5399-5. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453995.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.
  17. Самсыгина, Г. А. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5105-2. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html> (дата обращения: 18.11.2025). – Режим доступа : по подписке.

#### **Периодические издания**

1. Российский педиатрический журнал (электронная версия) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.
2. Вопросы современной педиатрии (электронная версия) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.
3. Российский вестник перинатологии и педиатрии (электронная версия) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.
4. Детские инфекции (электронная версия) URL <https://detinf.elpub.ru/jour/index?ysclid=mi7e6v9p1q358160210> - режим доступа по подписке.
5. Педиатрия. Журнал им. Н. И. Пирогова (электронная версия) ) URL : <http://dlib.eastview.com>- Режим доступа : по подписке.

#### **Интернет-ресурсы**

1. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru/>
2. Национальная электронная библиотека (НЭБ) <http://нэб.рф/>
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/>
4. Стандарты первичной медико-санитарной помощи <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi>
5. Стандарты специализированной медицинской помощи <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>
6. Порядки оказания медицинской помощи населению Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-rossiyskoy-federatsii>
7. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по педиатрии <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
8. Союз педиатров России. Официальный сайт URL: <https://www.pediatr-russia.ru/>

10. Сайт Ассоциации неонатологов — URL: <http://neonatology.pro>

11. Сайт Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины — URL: <http://www.raspm.ru> 11

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

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

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

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

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

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

— об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

— об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

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

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.