

**Автономная некоммерческая организация высшего образования  
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю  
Проректор по учебно-методической  
работе

\_\_\_\_\_ А.И. Аллахвердиев  
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.34 Педиатрия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Педиатрия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

# 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

## 1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и их законных представителей; методику осмотра и физикального обследования; методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Уметь: применять методы осмотра и физикального обследования детей, методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья. Владеть навыками: оценки состояния здоровья детей, а также оценки состояний, требующих оказания медицинской неотложной помощи.
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания	Знать: факторы риска и причины развития заболеваний у детей; диагностические критерии внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи. Уметь: интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей в соответствии с порядком оказания медицинской помощи,

	медицинской помощи в неотложной форме	клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: диагностики и дифференциальной диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний	Знать: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения при решении профессиональных задач. Уметь: разрабатывать план лечения детей с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: применения медикаментозного и немедикаментозного лечения патологических заболеваний и состояний у детей.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний. Уметь: разрабатывать алгоритм лечения детей с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: назначения лекарственных препаратов детям с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.
ОПК-6 Способен	ИОПК-6.3 Владеет методами	Знать: медицинские показания к

<p>назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>	<p>применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия. Уметь: оценивать эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины Владеть навыками: подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей с наиболее распространенными заболеваниями.</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>Знать: особенности морфофункционального состояния организма детей в различные возрастные периоды; механизм действия лекарственных препаратов, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах. Уметь: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в</p>

		<p>результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения. Владеть навыками: профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи в неотложной форме детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.</p>
--	--	---

## 1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	8	заключительный
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	8	основной

## 2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Педиатрия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Содержание дисциплины Педиатрия является логическим продолжением

содержания дисциплин анатомия, нормальная физиология, биохимия, микробиология, патологическая физиология, патологическая анатомия, фармакология, иммунология, пропедевтика, внутренние болезни и служит основой для освоения дисциплин детская стоматология, ортодонтия и детское протезирование, зубочелюстное протезирование у детей и подростков.

### 3. Объем дисциплины и виды учебной работы

**Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 3 / час - 108**

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		8	
<b>Контактная работа</b>	54	54	
В том числе:	-	-	-
Лекции	18	18	
Лабораторные работы (ЛР)			
Практические занятия (ПЗ)	36	36	
Семинары (С)			
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	54	54	
В том числе:	-	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям	20	20	
Самостоятельное изучение тем	14	14	
Реферат	20	20	
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	зачет	зачет	
<b>Общая трудоемкость</b>	<b>час.</b>	<b>108</b>	<b>108</b>
	<b>з.е.</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

### 4. Содержание дисциплины

#### 4.1 Контактная работа

##### Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Особенности организации детской больницы. Роль стоматологического кабинета в лечебной практике. Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервно-психическое развитие ребенка. Физическое развитие ребенка, причины нарушения его, клинические варианты.	2
2	Анатомо-функциональные особенности желудочно-кишечного тракта. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Питание детей старше 1 года. Значение рационального питания ребенка в его развитии, включая зубочелюстную систему.	2
3	Анатомо-функциональные особенности кожи, иммунной, костной, мышечной систем. Аномалии конституции. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д. Рахит и развитие зубочелюстной системы.	2
4	Анемии. Геморрагические диатезы у детей. Тактика стоматолога	2

	при лечении стоматологических заболеваний у детей, страдающих геморрагическим диатезом.	
5	Экзантемные инфекции у детей. Менингококковая инфекция.	2
6	Синдром ангины у детей. Дифтерия, скарлатина, инфекционный мононуклеоз.	2
7	ОРИ. Грипп. Дифференциальная диагностика, неотложные состояния.	2
8	Заболевания пищеварительной системы у детей.	2
9	Ревматические болезни у детей.	2
	ИТОГО	18

### Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудо-емкость (час)	Форма текущего контроля
1.		Особенности организации детской больницы. Роль стоматологического кабинета в лечебной практике. Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервнопсихическое развитие ребенка. Физическое развитие ребенка, причины нарушения его, клинические варианты.	4	Устный опрос
2.		Анатомо-функциональные особенности желудочно-кишечного тракта. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Питание детей старше 1 года. Значение рационального питания ребенка в его развитии, включая зубочелюстную систему.	4	Устный опрос
3.		Анатомо-функциональные особенности кожи, иммунной, костной, мышечной систем. Аномалии конституции. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д. Рахит и развитие зубочелюстной системы.	4	Устный опрос
4.		Анемии. Геморрагические диатезы у детей. Тактика стоматолога при лечении стоматологических заболеваний у детей, страдающих геморрагическим диатезом.	4	Устный опрос
5.		Анатомо-функциональные особенности дыхательной системы у детей. Острый бронхит, пневмония. Особенности бронхиальной астмы у детей. Неотложная помощь при аллергических заболеваниях у детей	4	Реферат
6.		Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей. Пиелонефрит. Гломерулонефрит	4	Устный опрос
7.		Кишечные инфекции: токсикоз, эксикоз, клиника, лечение.	4	Устный опрос
8.		Корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит.	4	Устный опрос Тестирование
9.		Итоговое занятие	4	Устный опрос Тестирование
10.		ИТОГО	36	

## Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля
1.		Особенности организации детской больницы. Роль стоматологического кабинета в лечебной практике. Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервно-психическое развитие ребенка. Физическое развитие ребенка, причины нарушения его, клинические варианты.	12	Устный опрос
2.		Анатомо-функциональные особенности желудочнокишечного тракта. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Питание детей старше 1 года. Значение рационального питания ребенка в его развитии, включая зубочелюстную систему.	6	Устный опрос
3		Анатомо-функциональные особенности кожи, иммунной, костной, мышечной систем. Аномалии конституции. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д. Рахит и развитие зубочелюстной системы.	12	Устный опрос Тестирование
4		Анемии. Геморрагические диатезы у детей. Тактика стоматолога при лечении стоматологических заболеваний у детей, страдающих геморрагическим диатезом.	12	Устный опрос Тестирование
8		Корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит.	6	Устный опрос
9		Зачет	6	Устный опрос Тестирование
		ИТОГО	54	

### 5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

#### 5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

##### Тестовые задания

1) ДОНОШЕННЫМ СЧИТАЕТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЙ, РОДИВШИЙСЯ НА СРОКЕ ГЕСТАЦИИ:

- 1) 22-37 недель
- 2) 28-37 недель
- 3) 36-40 недель
- 4) 38-42 недели

5) более 42 недель

2) ТРАНЗИТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА НОВОРОЖДЕННОГО ВКЛЮЧАЮТ:

- 1) катаболическую направленность белкового обмена

- 2) катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию
  - 3) метаболический ацидоз, гипогликемию
  - 4) метаболический алкалоз
  - 5) респираторный алкалоз
- 3) СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО:
- 1) не изменяется
  - 2) понижается
  - 3) повышается
  - 4) нет закономерности
- 4) ТРАНЗИТОРНАЯ ПОТЕРЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ МАССЫ ТЕЛА ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 5-8%
  - 2) 8-10%
  - 3) 10-12%
  - 4) более 12%
  - 5) более 15%
- 5) ГОРМОНАЛЬНЫЙ КРИЗ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ У:
- 1) мальчиков
  - 2) девочек
  - 3) мальчиков и девочек
  - 4) не бывает
- 6) ПРОГНОЗ НОВОРОЖДЕННОГО С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ВАРИАНТЕ:
- 1) гипотрофическом
  - 2) гипопластическом
  - 3) диспластическом
  - 4) дисморфическом
  - 5) атрофическом
- 7) I СТЕПЕНЬ ГИПОТРОФИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИИ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- 1) отставанием в росте на 2-4 см и более
  - 2) массо-ростовым показателем 55-59,9; дефицит массы 1,5-2 сигмы
  - 3) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
  - 4) наличием пороков развития
  - 5) увеличением размеров паренхиматозных органов
- 8) III СТЕПЕНЬ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- 1) отставанием в росте на 2-4 см и более
  - 2) массо-ростовым показателем 55-59,9
  - 3) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
  - 4) наличием пороков развития

- 5) увеличением размеров паренхиматозных органов
- 9) ПРИНЦИПАМИ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
  - 1) коррекция грудного вскармливания
  - 2) коррекция сердечной деятельности
  - 3) антибактериальная терапия
  - 4) инсулинотерапия
  - 5) профилактика ДН
- 10) ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:
  - 1) незрелость глюкуронилтрансферазы печени
  - 2) изоиммунная гемолитическая анемия
  - 3) гемоглобинопатия
  - 4) внутриутробная инфекция
  - 5) аутоиммунная гемолитическая анемия
- 11) ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
  - 1) при первой беременности
  - 2) при повторных беременностях
  - 3) не развивается
  - 4) развивается крайне редко
- 12) ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ I БЕРЕМЕННОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА ЧАЩЕ НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА:
  - 1) по АВО-системе
  - 2) по резус-фактору
  - 3) редкой группе крови
  - 4) одновременно по АВО- и резус системам
- 13) БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО:
  - 1) резус-фактору
  - 2) группе крови
  - 3) редкой группе крови
  - 4) одновременно по АВО- и резус системам
- 14) ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ:
  - 1) до 48 часов жизни
  - 2) после 48 часов жизни
  - 3) после 7 дня жизни
  - 4) после 10 суток жизни
- 15) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ИСПОЛЬЗУЮТ ЭРИТРОЦИТАРНУЮ МАССУ:

- 1) 0 (I) Rh-положительную
  - 2) 0 (I) Rh-отрицательную
  - 3) группы крови ребенка Rh-положительную
  - 4) группы крови ребенка Rh-отрицательную
- 16) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО АВО-СИСТЕМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) эритроцитарную массу 0(1) и плазму 0(1)
  - 2) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму 0(1)
  - 3) эритроцитарную массу 0(1) и плазму АВ(IV)
  - 4) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму АВ(IV)
- 17) ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ КАК ИСХОД ФЕТАЛЬНОГО ГЕПАТИТА:
- 1) в 100% случаев
  - 2) не возможно
  - 3) возможно в большинстве случаев
  - 4) возможно у подростков
- 18) ФОРМИРОВАНИЕ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕНЕСЕННОГО ФЕТАЛЬНОГО ГЕПАТИТА:
- 1) возможно
  - 2) невозможно
  - 3) всегда
  - 4) только у подростков
- 19) ВАКЦИНАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:
- 1) в первые 12 часов жизни
  - 2) на 2 день жизни
  - 3) на 3 день жизни
  - 4) на 4 день жизни
  - 5) при выписке из родильного дома
- 20) ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА НАРУШЕНИЕМ:
- 1) сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
  - 2) коагуляционного звена гемостаза
  - 3) аутоиммунными процессами
  - 4) гомеостаза
- 21) КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЛАССИЧЕСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЮТСЯ НА:
- 1) 1 день
  - 2) 2-5 день
  - 3) 7-10 день
  - 4) 10-14 день
- 22) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) свежезамороженную плазму

- 2) свежезамороженную плазму и викасол
  - 3) свежезамороженную плазму, викасол и витамин E
  - 4) ЭМОЛТ
- 23) ВРЕМЯ СВЕРТЫВАНИЯ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО:
- 1) не изменяется
  - 2) укорачивается
  - 3) удлиняется
  - 4) сначала удлиняется, затем укорачивается
- 24) ПРОТРОМБИНОВОЕ ВРЕМЯ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО:
- 1) нормальное
  - 2) удлинено
  - 3) укорочено
  - 4) укорочено только в первые сутки
- 25) НОВОРОЖДЕННОГО С ИЗОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ МАТЕРИНСКИМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ:
- 1) кормят
  - 2) не кормят
  - 3) не кормят первые 3 дня
  - 4) не кормят 7 дней
- 26) ИЗОИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
- 1) недостаточного образования тромбоцитов
  - 2) несовместимости крови матери и плода по АВО-системе
  - 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
  - 4) наследственно обусловленного повышенного разрушения тромбоцитов
- 27) ТРАНСПЛАЦЕНТАРНАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА ВОЗНИКАЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ:
- 1) недостаточности образования тромбоцитов
  - 2) несовместимости крови матери и плода по АВО-системе
  - 3) несовместимости крови матери и плода по антигенам тромбоцитов
  - 4) иммунной тромбоцитопенической пурпуре у матери
- 28) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЗАГЛОЧЕННОЙ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) тест Апта
  - 2) исследование общего анализа периферической крови
  - 3) исследование коагулограммы
  - 4) бактериологическое исследование промывных вод желудка

29) ДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК В ПЕРВЫЕ 2 МЕСЯЦА ЖИЗНИ В КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ:

- 1) Нуждается
- 2) не нуждается
- 3) нуждается в комплексе с витаминами
- 4) нуждается в комплексе с другими микроэлементами

30) ДИАГНОСТИКА ФЕТО-МАТЕРИНСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- 1) тесте Апта
- 2) определении группы крови и резус-фактора матери и ребенка
- 3) окраске мазка крови матери по Клейхауэру-Бетке
- 4) определении типа гемоглобина ребенка
- 5) исследовании костного мозга ребенка

31) ДИАГНОСТИКА АЛЬФА-ТАЛАССЕМИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- 1) тесте Апта
- 2) определении группы крови и резус-фактора матери и ребенка
- 3) окраске мазка крови матери по Клейхауэру-Бетке
- 4) определении типа гемоглобина ребенка
- 5) исследовании костного мозга ребенка

32) ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОКСИИ НОВОРОЖДЕННЫЙ ИМЕЕТ ОЦЕНКУ ПО ШКАЛЕ АПГАР НА ПЕРВОЙ МИНУТЕ:

- 1) 3 балла и менее
- 2) 4-5 баллов
- 3) 5-7 баллов
- 4) 8-10 баллов

33) ДЛЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ I СТЕПЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- 2) судороги
- 3) мышечная дистония, гипотония, вялость
- 4) бледность кожных покровов

34) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА КЛЮЧИЦЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- 1) применяют гипсовую повязку
- 2) применяют повязку Дезо
- 3) применяют физиотерапевтические процедуры
- 4) не проводят иммобилизации
- 5) применяют антибактериальную терапию

35) РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГИАЛИНОВЫХ МЕМБРАН У

НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНО:

- 1) недостаточным синтезом сурфактанта
  - 2) избыточным синтезом сурфактанта
  - 3) инфекцией
  - 4) аспирацией
- 36) ПРИБИ АСПИРАЦИИ НОВОРОЖДЕННОМУ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:
  - 1) не показана
  - 2) показана
  - 3) показана офлоксацинами
  - 4) показана ванкомицином
- 37) СИНДРОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У:
  - 1) недоношенных новорожденных
  - 2) доношенных новорожденных
  - 3) переношенных новорожденных
  - 4) паратрофикиков
- 38) ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:
  - 1) пузырек
  - 2) пятно
  - 3) эрозия
  - 4) папула
- 39) ДЛЯ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ДЕРМАТИТА РИТТЕРА У НОВОРОЖДЕННЫХ СИНДРОМ НИКОЛЬСКОГО:
  - 1) характерен
  - 2) не характерен
  - 3) встречается только у мальчиков
  - 4) встречается только у девочек
- 40) ПРИБИ ГНОЙНОМ ОМФАЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННОГО МЕСТНО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:
  - 1) 3% раствор перекиси водорода
  - 2) 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор перманганата калия
  - 3) 3% раствор перекиси водорода, 5% перманганата калия, ляпис
  - 4) 20% раствор сульфацила натрия
- 41) ДЛЯ ФУНГУСА ПУПКА У НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНО:
  - 1) серозное отделяемое из пупочной раны
  - 2) отек, гиперемия, гнойное отделяемое из пупочной раны
  - 3) положительный симптом Краснобаева
  - 4) язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями

- 5) грибовидная опухоль на дне пупочной раны
- 42) ПРИБИ ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ТЕРАПИИ:
- 1) инфузионная, антибактериальная, иммунодепрессивная
  - 2) антибактериальная, инфузионная, иммунокорректирующая
  - 3) антибактериальная, инфузионная, гепатопротекторная
  - 4) мануальная, цитопротективная
- 43) ДЛЯ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:
- 1) наличие гнойных очагов, отсутствие инфекционного токсикоза
  - 2) выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов
  - 3) выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие метастатических гнойных очагов
  - 4) наличие гнойных очагов только на конечностях
- 44) ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МОЛНИЕНОСНОГО ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 1-5 дней
  - 2) 10-14 дней
  - 3) 3 недели
  - 4) 4-6 недель
- 45) ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 10-14 дней
  - 2) 3 недели
  - 3) 4-6 недель
  - 4) 6-8 недель
- 46) ОБЪЕКТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ЭЗОФАГИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) исследование биоценоза кишечника
  - 2) исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
  - 3) эзофагогастроскопия
  - 4) пальпация
- 47) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННОГО:
- 1) контрастное вещество заполняет начальную часть пилорического отдела желудка
  - 2) в положении по Тренделенбургу отмечается затек бариевой взвеси в пищевод, пищевод расширен
  - 3) контрастированный желудок располагается в средостении

- 4) сужение кардиального отдела пищевода, пищевод расширен
- 48) КАЛЬЦИФИКАТЫ В МОЗГЕ, ХОРИОРЕТИНИТ, АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ:
- 1) цитомегаловирусной инфекции
  - 2) сифилисе
  - 3) токсоплазмозе
  - 4) листериозе
- 49) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:
- 1) Ацикловир
  - 2) цитотект
  - 3) ганцикловир
  - 4) макролиды
- 50) ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИТИЕ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА:
- 1) характерно
  - 2) не характерно
  - 3) характерно для мальчиков
  - 4) характерно для девочек
- 51) КАТАРАКТА, МИКРОФТАЛЬМИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ГЛУХОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ:
- 1) вирусом герпеса
  - 2) цитомегаловирусом
  - 3) вирусом краснухи
  - 4) листерией
  - 5) хламидиями
- 52) ПРИ СИНДРОМЕ «НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА» (СИНДРОМЕ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА) В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ:
- 1) анемия
  - 2) лейкоцитоз
  - 3) лейкопения
  - 4) эозинофилия
  - 5) тромбоцитопения
- 53) ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ РЕБЕНКА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ:
- 1) снижено
  - 2) соответствует норме
  - 3) повышено до 7 ммоль/литр

- 4) повышено более 10 ммоль/литр
- 54) ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:
- 1) тремор рук и подбородка, снижение мышечного тонуса, судороги
  - 2) вялость, сухая кожа и слизистые, дыхание типа Чейна-Стокса, запах ацетона изо рта
  - 3) тремор рук и подбородка, запах ацетона изо рта, сухость кожи и слизистых
  - 4) полиурия, полидипсия
- 55) ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ У РЕБЕНКА С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) менее 2%
  - 2) более 15%
  - 3) 10%-15%
  - 4) 15-20%
- 56) ПОТРЕБНОСТЬ НЕДОНОШЕННОГО В КАЛОРИЯХ В ПЕРИОД ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ДО ДОСТИЖЕНИЯ ВЕСА 2500 Г СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 90 ккал/кг
  - 2) 110 ккал/кг
  - 3) 120 ккал/кг
  - 4) 140 ккал/кг
  - 5) 200 ккал/кг
- 57) ЧЕРЕЗ СОСКУ СЛЕДУЕТ КОРМИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:
- 1) с массой тела менее 1000 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
  - 2) с массой тела 1000-1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
  - 3) с массой тела 1250-1800 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
  - 4) с массой тела 1800 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
- 58) К ГРУДИ МОЖНО ПРИЛОЖИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:
- 1) с массой тела более 1800 г в удовлетворительном состоянии
  - 2) с массой тела более 1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлекса
  - 3) при достаточном количестве молока у матери
  - 4) с любой массой в удовлетворительном состоянии
- 59) НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

- 1) в парасагиттальной области
- 2) в перивентрикулярном белом веществе
- 3) в коре теменной доли
- 4) в стволе мозга

60) МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРОВОДИТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ:

- 1) эуфиллина
- 2) триампура
- 3) дексаметазона
- 4) тетрациклина

61) ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) переливаний эритроцитарной массы
- 2) витамина Е
- 3) рекомбинантного эритропоэтина
- 4) дексаметазона

62) СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ СДР У НЕДОНОШЕННЫХ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:

- 1) Апгар
- 2) Сильвермана
- 3) Дубовица
- 4) Дементьевой

63) ИСКУССТВЕННЫЙ СУРФАКТАНТ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ВВОДИТСЯ:

- 1) энтерально
- 2) эндотрахеально
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

64) К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТСЯ:

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) геморрагический синдром
- 3) тромбоцитопения
- 4) полицетмия
- 5) диспепсический синдром

65) В ТЕРАПИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) гормональную терапию
- 2) внутривенное введение стандартного иммуноглобулина
- 3) фитотерапия

- 4) антибактериальную терапию
  - 5) трансфузия плазмы
- 66) К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗМОЖНЫМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОТОТЕРАПИИ, ОТНОСЯТСЯ РАЗВИТИЕ:
- 1) бактериальных заболеваний
  - 2) синдрома "загорелой кожи"
  - 3) синдрома "желтой кожи"
  - 4) гипертромбоцитоза
  - 5) гипертензионного синдрома
- 67) ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМΙΑ С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:
- 1) гемолитической болезни новорожденных
  - 2) дефиците альфа-1-антитрипсина
  - 3) конъюгационной желтухе, обусловленной морфо-функциональной незрелостью
  - 4) болезнь Жильбера
  - 5) панкреатите
- 68) К РАЗВИТИЮ ДЕФИЦИТА ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИВОДЯТ:
- 1) недостаточность белково-синтетической функции печени
  - 2) нарушение функции тромбоцитов
  - 3) гипокальциемия
- 4) избыточное образование и поступление витамина К из кишечника
- 69) ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ:
- 1) I
  - 2) VII
  - 3) VIII (антигемофильный глобулин).
  - 4) XII
  - 5) XIII
- 70) ПЕРВЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) кровоточивость слизистых оболочек
  - 2) тяжелая анемия
  - 3) меконий
  - 4) гемартрозы
- 71) НОВОРОЖДЕННОМУ С ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:
- 1) общий анализ крови с определением количества тромбоцитов,

времени кровотечения и свертывания

- 2) общий анализ мочи
- 3) копрограмму
- 4) биохимический анализ крови
- 5) исследование функциональной активности тромбоцитов

72) У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ИММУННЫХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ:

- 1) аутоиммунная
- 2) изоиммунная
- 3) гетероиммунная
- 4) псевдоиммунная

73) ЛЕЧЕНИЕ ИЗОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ:

- 1) стандартного иммуноглобулина для внутримышечного введения
- 2) антибиотиков
- 3) ингибиторов фибринолиза
- 4) переливания тромбоцитарной массы
- 5) гепатопротекторов

74) КРОВОПОТЕРЮ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО МОГУТ ВЫЗВАТЬ:

- 1) отслойка плаценты
- 2) наследственный сфероцитоз
- 3) синдром Даймонда-Блекфана
- 4) ГБН
- 5) асфиксия

75) БЛИЗНЕЦА-ДОНОРА ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:

- 1) полицетимия
- 2) задержка внутриутробного развития
- 3) гиперемия кожных покровов
- 4) высокий риск тромбоза

76) У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ТАЛАССЕМИЙ:

- 1) альфа-талассемия
- 2) бета-талассемия
- 3) бета-гамма-талассемия
- 4) альфа-гамма-талассемия

77) АНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВСЛЕДСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- 1) фето-фетальной кровопотере
- 2) синдроме Даймонда-Блекфана

- 3) пузырьчатке новорожденных
  - 4) трансплацентарной тромбоцитопенической пурпуре
  - 5) врожденном кифозе
- 78) К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) вялость, адинамия
  - 2) усиление рефлексов орального автоматизма
  - 3) внутричерепная гипотензия
  - 4) гиперрефлексия
  - 5) гипертонус мышц
- 79) К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ III СТЕПЕНИ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) отсутствие рефлексов
  - 2) возбуждение
  - 3) гиперрефлексия
  - 4) нарушения кровотока
- 80) ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВУЮ ТРАВМУ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ:
- 1) судороги
  - 2) резкий плач при перемене положения ребенка
  - 3) гиперемия кожи
  - 4) одышка
  - 5) вздутие живота
- 81) ДЛЯ ПЕРИ- И ИНТРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ II-III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ:
- 1) гипервозбудимость
  - 2) гипертонус мышц
  - 3) выбухание большого родничка
  - 4) повышение двигательной активности
  - 5) оживление физиологических рефлексов
- 82) ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СПИННО-МОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) судороги
  - 2) гипербилирубинемия
  - 3) подозрение на пневмонию
  - 4) прогрессирующая анемия
  - 5) отечный синдром
- 83) ПРИ КЕФАЛОГЕМАТОМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) опухолевидное образование, ограниченное областью отдельных

- костей черепа
  - 2) опухолевидное образование, захватывающее область нескольких костей черепа
  - 3) болезненность при пальпации опухолевидного образования
  - 4) гиперемия кожи в области кефалогематомы
- 84) ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОИЗЛИЯНИЕ В НАДПОЧЕЧНИК НОВОРОЖДЕННОМУ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ СЛЕДУЮЩЕЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:
- 1) определение уровня глюкогона
  - 2) определение экскреции 17-КС
  - 3) УЗИ сердца
  - 4) определение уровня глюкозы в крови
  - 5) рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
- 85) ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРНЫ:
- 1) экзофтальм, тахикардия, повышенная возбудимость
  - 2) грубый голос, брадикардия, адинамия
  - 3) низкая масса тела при рождении, повышенный аппетит, диспепсия
  - 4) малая масса тела при рождении, запоры, вялое сосание
- 86) НЕОНАТАЛЬНЫЙ ТРАНЗИТОРНЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- 1) повышением температуры тела
  - 2) пониженной нервной возбудимостью
  - 3) брадикардией
  - 4) тахикардией
  - 5) судороги
- 87) КАКИЕ ВИДЫ ПНЕВМОНИЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ ЖИЗНИ:
- 1) врожденная
  - 2) внегоспитальная
  - 3) нозокомиальная
  - 4) иммунодефицитная
- 88) ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:
- 1) антибиотиков
  - 2) искусственного сурфактанта
  - 3) анальгетики
  - 4) инфузионной терапии
  - 5) викасола

89) К АСПИРАЦИОННЫМ СОСТОЯНИЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТ:

- 1) болезнь гиалиновых мембран
- 2) рассеянные ателектазы
- 3) аспирационный синдром
- 4) интоксикация

90) ПРИ АСПИРАЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОГО АТЕЛЕКТАЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией
- 2) незначительное снижение прозрачности легочных полей без перифокального воспаления
- 3) ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочных полей
- 4) треугольная тень, обращенная верхушкой к корню легкого
- 5) смещение органов средостения в здоровую сторону

91) К МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРВИЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) тактильная стимуляция
- 2) отсасывание мекония из носовых ходов и рта при рождении лицевой части головы
- 3) ИВЛ мешком Амбу
- 4) дача увлажненного кислорода через маску

92) К СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКИМ ОЧАГАМ ПРИ СЕПСИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖНО ОТНЕСТИ:

- 1) менингит
- 2) конъюнктивит
- 3) отит
- 4) омфалит
- 5) пневмонию

93) ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:

- 1) энтероколитом
- 2) аспирационным синдромом
- 3) высокой кишечной непроходимостью
- 4) запорами
- 5) колит

94) ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ХЛАМИДИОЗА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) желтуха
- 2) конъюнктивит

- 3) судороги
  - 4) пневмония
  - 5) все варианты верны
- 95) КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ МОГУТ БЫТЬ:
- 1) желтуха, анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия
  - 2) пузыри на ладонях и стопах
  - 3) глухота, катаракта, врожденный порок сердца
  - 4) гипертрофия, интерстициальная пневмония, геморрагическая сыпь
- 96) К ГЕНОДЕРМАТОЗАМ ОТНОСЯТСЯ:
- 1) икhtiозиформная эритродермия Брока
  - 2) адипонекроз
  - 3) пузырьчатка
  - 4) пустулез
  - 5) эксфолиативный дерматит Риттера
- 97) ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ НОВОРОЖДЕННОГО ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:
- 1) пустулез
  - 2) синдромом "неудержания пигмента"
  - 3) врожденным сифилисом
  - 4) ветряной оспой
  - 5) герпесом
- 98) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ МАТЕРИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЮТСЯ:
- 1) анемия
  - 2) геморрагический синдром
  - 3) стигмы дисэмбриогенеза
  - 4) пустулез
  - 5) большая масса тела при рождении
- 99) ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИЕЙ ХАРАКТЕРНО:
- 1) задержка внутриутробного развития
  - 2) низкая масса тела при рождении
  - 3) признаки эксикоза
  - 4) гипертензионный синдром
  - 5) признаки морфо-функциональной незрелости
- 100) РЕАНИМАЦИОННЫЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭМБРИОФЕТОПАТИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ:
- 1) ИВЛ

- 2) оксигенотерапию
  - 3) введение раствора 0,9% NaCl внутривенно
  - 4) введение инсулина
  - 5) введение антибиотиков
- 101) СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ШКАЛЕ:
- 1) Апгар
  - 2) Сильвермана
  - 3) Дубовича
  - 4) Шалкова
- 102) ПОКАЗАНИЕМ К КОРМЛЕНИЮ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ЗОНД ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) наличие синдрома срыгивания
  - 2) внутриутробное инфицирование
  - 3) масса тела более 1250 г
  - 4) пороки развития ЖКТ
  - 5) отсутствие сосательного и глотательного рефлексов
- 103) ПРИЧИНАМИ БОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) сохранение герминативного матрикса
  - 2) малая частота травматизации в родах
  - 3) большая проницаемость сосудистой стенки
  - 4) сохранение ауторегуляции мозгового кровотока
  - 5) более высокое артериальное давление в постреанимационном периоде
- 104) РИСК РАЗВИТИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ:
- 1) наличии пневмонии
  - 2) наличии синдрома утечки воздуха
  - 3) наличии лево-правого сброса через Аранциев проток
  - 4) наличии право-левого сброса через открытый артериальный проток
  - 5) снижение давления на выдохе при ИВЛ
- 105) ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ИВЛ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) одышка до 60 в 1 минуту
  - 2) одышка более 70 в 1 минуту
  - 3) однократное апноэ
  - 4)  $P_{O_2}$  менее 50 мм рт.ст.,  $P_{CO_2}$  более 60 мм рт.ст., pH менее 7,2
  - 5)  $P_{O_2}$  менее 60 мм рт.ст.,  $P_{CO_2}$  более 50 мм рт.ст., pH менее 7,25

**Ключи к тестовым заданиям**

№ задания	Ответ	№ задания	Ответ	№ задания	Ответ
1)	4	61)	3	91)	2
2)	2	62)	2	92)	1
3)	2	63)	2	93)	2
4)	1	64)	1	94)	5
5)	3	65)	2	95)	1
6)	1	66)	2	96)	1
7)	2	67)	2	97)	3
8)	1	68)	1	98)	3
9)	1	69)	2	99)	5
10)	2	70)	1	100)	2
11)	2	71)	1	101)	3
12)	2	72)	2	102)	5
13)	1	73)	4	103)	1
14)	1	74)	1	104)	1
15)	4	75)	2	105)	4
16)	3	76)	1		
17)	1	77)	2		
18)	1	78)	1		
19)	1	79)	1		
20)	2	80)	2		
21)	2	81)	3		
22)	2	82)	1		
23)	3	83)	1		
24)	3	84)	2		
25)	2	85)	2		
26)	3	86)	4		
27)	4	87)	1		
28)	1	88)	2		
29)	2	89)	3		
30)	3	90)	4		

### Ситуационные задачи

#### ЗАДАЧА 1

Мальчик, 7 дней, переведен в отделение патологии новорожденных с

указанием на вялость, слабое сосание, срыгивания, повышение температуры до 37,8 °С, отсутствие прибавки в массе.

Мать страдает хроническим пиелонефритом. Беременность вторая с гестозом I и II половины, роды II срочные с безводным периодом 10 ч. Родился с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, массой 2800 г, длиной 50 см. Физиологическая убыль массы составила 300 г. Указанные ранее изменения отмечены с 5-го дня. На 7-й день повысилась температура.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа сероватого цвета. Из пупочной ранки — серозно-гнойное отделяемое. Пальпируются пупочные сосуды. В области левой ягодицы отмечается уплотнение и покраснение подкожно-жировой клетчатки размерами 5x5 см, с четкими краями, в течение нескольких часов площадь уплотнения значительно увеличилась в размерах. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ослаблены, ЧСС — 150 в 1 мин. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул с зеленью, разжижен, 2-3 раза в сутки. Анализ крови: эритроциты —  $3,1 \times 10^9$ /л, Нв -105 г/л, цв. пок.— 0,85, лейкоциты - $18 \times 10^9$ /л, э -2%, п — 8%, сегм — 65%, л — 20%, мон — 5%, СОЭ — 34 мм/ч. Определяется токсическая зернистость нейтрофилов, плазматические клетки 2:100.

#### ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные исследования.
3. Назначьте терапию больному.

#### ЗАДАЧА 2

У резус-положительной матери с группой крови 0 (I) родился мальчик резус-положительный с группой крови А (II) от первой беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, продолжительность 15 ч. Отхождение околоплодных вод за 2 часа до родов. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой 3000 г, длиной 50 см. В середине вторых суток жизни появилось неинтенсивное окрашивание кожи в желтый цвет. На 4-й день желтуха усилилась, ребенок стал вялым, заметно снизился сосательный рефлекс, тонус мышц, сухожильные рефлексы.

Уровень билирубина — 300 мкмоль/л, реакция непрямая. Эритроциты —  $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 130 г/л, цв. пок.— 0,9.

Ретикулоциты — 10%, лейкоциты —  $18 \times 10^9$ /л, э — 2%, ю — 1%, п — 4%, с — 43%, л — 40%, м — 10%, СОЭ — 12 мм/час.

#### ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для

уточнения диагноза?

3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Выпишите рецепт на препарат, обладающий цитопротективным (цитозащитным) действием.

### **ЗАДАЧА 3**

Мальчик родился от IV беременности, протекавшей с гестозом первой половины, 2-х родов, в срок, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов, массой 3000 г, длиной 50 см, у матери резус-отрицательная кровь А (II) группы. От первых родов ребенок здоров, вторая и третья беременности закончились медицинским абортom.

Через 12 часов состояние ребенка тяжелое: желтушное окрашивание кожи, склер, вялость, срыгивания, снижение физиологических рефлексов и мышечного тонуса, приглушенные тоны сердца. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка — на 2 см, моча темного цвета. Кровь ребенка резус-положительная, группа А (II). Анализ крови: эритроциты —  $4 \times 10^9$  /л, Нв — 140 г/л, ретикулоциты — 10%, цв. пок.— 1,0, лейкоциты —  $26 \times 10^9$  /л, э — 0%, б-0%, м — 1%, п — 14%, с — 50%, л — 25%, м — 8%, СОЭ — 12 мм/ч. Уровень непрямого билирубина — 310 мкмоль/л, общий билирубин — 330 мкмоль/л.

### **ЗАДАНИЕ**

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какие специалисты должны осуществлять диспансерное наблюдение за этим ребенком после выписки из родильного дома?

### **ЗАДАЧА 4**

Ребенок К., 5 дней, переведен в отделение патологии новорожденных из роддома с жалобами матери на желтушность кожи, снижение аппетита, отсутствие прибавки массы.

Из анамнеза известно, что на 3-й день жизни у ребенка появилась желтушность кожных покровов, что было расценено как физиологическая желтуха. В последующие дни стал вяло сосать, в массе не прибавил, желтушность кожи выросла.

Родился от первой беременности. На 3-м месяце беременности мать перенесла острый бронхит. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Заплакал сразу после рождения. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. К

груди приложен через 2 часа. Пуповинный остаток в скобке, физиологическая потеря массы составила 10%.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, высасывает по 30-40 мл грудного молока. Правильное телосложение. Масса 2900 г. Пуповинный остаток в скобке. Над легкими перкуторный легочный звук, аускультативно-пуэрильное дыхание. Границы сердца соответствуют возрастным, тоны сердца приглушены, ритмичные. Печень плотная, пальпируется на 4 см ниже реберной дуги, селезенка — на 2 см, стул обесцвечен, моча темного цвета. Рефлексы периода новорожденности сохранены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Дополнительные данные обследования: эритроциты —  $5,4 \times 10^{12}/л$ , Нв — 161 г/л, СОЭ — 4 мм/ч. Общий билирубин — 171,04 мкмоль/л, прямой - 121,02 мкмоль/л, непрямой — 50,02 мкмоль/л, АСаТ — 2,0 ммоль/л, АЛаТ — 3,5 ммоль/л, реакция на желчные пигменты в моче положительная. В кале стеркобилин не обнаружен.

#### ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите основные клинические симптомы, подтверждающие установленный вами диагноз.
3. Перечислите основные лабораторные показатели, подтверждающие указанный диагноз.

#### ЗАДАЧА 5

После рождения у доношенного новорожденного отсутствует дыхание, отмечается брадикардия, ЧСС — 62 в 1 мин. Сердечные тоны глухие. Кожа бледно-цианотичной окраски. В ротоглотке околоплодные воды.

#### ЗАДАНИЕ

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План реанимационных мероприятий.

#### ЗАДАЧА 6

Ребенок в возрасте 3 дней находится в палате интенсивной терапии роддома.

Родился недоношенным в сроке 36 недель, массой 2300 г. В первые дни отмечались расстройства глубины и ритма дыхания. У матери повышенная температура, насморк. Мать кормит ребенка грудью, использует маску. Ночью у ребенка повысилась температура до  $38^{\circ}$ , он стал вялым, в 6 ч. отказался брать грудь. Несколько раз срыгнул. При осмотре цианоз носогубного треугольника, нарастающий при крике. Раздувание крыльев носа, ЧД — 86 в 1 мин. Дыхание ослаблено, живот вздут.

Анализ крови: Нв — 160 г/л, СОЭ — 15 мм/час.

## ЗАДАНИЕ

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
3. План лечения.

## ЗАДАЧА 7

Ребенок П., 15 дней, поступил в отделение с жалобами матери на повышение температуры, беспокойство, отсутствие прибавки массы. Болен второй день. Заболевание началось с подъема температуры до 38°. Ребенок стал беспокойным, отказался от груди, срыгивал. Родился на 37-й неделе беременности массой 2200 г. Закричал сразу, к груди приложен на третьи сутки, сосал слабо. Пуповинный остаток отпал на 6-е сутки. Дома у ребенка отмечалось серозное отделяемое из пупочной ранки, с 7-го дня вяло сосал. На 14-й день жизни состояние ухудшилось. Для дальнейшего лечения направлен в клинику.

При поступлении состояние тяжелое, вялый, временами беспокойный, температура 38,8°, отмечается повторная рвота. Масса тела 2000 г. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 180 в 1 мин. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Выражена венозная сеть на передней брюшной стенке. Ткани вокруг пупочного кольца несколько гиперемированы, отечны, из пупочной ранки серозное отделяемое. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Стул частый, жидкий, желтоватого цвета. Мочится малыми порциями.

Анализ крови: эритроциты —  $3,26 \times 10^9$ /л, Нв — 105 г/л, цв. п. — 0,9, лейкоциты —  $14,3 \times 10^9$ /л, миел. — 2%, п — 15%, с — 40%, л — 35%, м — 8%. СОЭ — 18 мм/ч. При посеве крови выделен патогенный стафилококк, чувствительный к амоксиклаву, цефуросиму.

## ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие данные анамнеза и клинические симптомы говорят в пользу данного диагноза?
3. Укажите основные направления терапии.

## ЗАДАЧА 8

Ребенок в возрасте 9 дней, от молодых родителей, от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды первые, срочные, с длительным безводным периодом 2 суток. Ребенок кричал сразу. Масса при рождении 3400 г, длина 32 см, пуповинный остаток отпал на 4-й день. После выписки из роддома через 2 дня педиатр отметил гнойно-сукровичные выделения из пупочной ранки, на коже — пустулы, лихорадит, сосет вяло,

срыгивает с примесью желчи. Кожа серая, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, стул неустойчив, с примесью слизи и зелени.

#### ЗАДАНИЕ

1. Предположительный диагноз.
2. Какова должна быть тактика участкового врача?

#### ЗАДАЧА 9

Ребенок Н., 4 дня, находится в роддоме. На 4-й день жизни повысилась температура до 39°, стал беспокойным. Температура в палате в это время была 26 °С.

Родился от первой беременности. Беременность и роды протекали нормально. Масса при рождении 3600 г, длина тела 50 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в род- зале. Пуповинный остаток отпал на 4-е сутки.

Объективно: масса 3400 г, общее состояние ребенка несколько нарушено, периодически беспокоен. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки суховатые. Пупочная ранка без особенностей. В легких пуэрильное дыхание, перкуторный звук не изменен. Живот мягкий. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены. Рефлексы периода новорожденности повышены. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Анализ крови: эритроциты —  $5,5 \times 10^{12}$  /л, Нв — 200 г/л, тромбоциты —  $331 \times 10^9$ /л, лейкоциты —  $12 \times 10^9$ /л, эоз -1%, п -2%, с — 46%, л — 47%, мон.— 4%, СОЭ — 2 мм/ч. Гематокрит — 0,54 г/л. Анализ мочи без особенностей.

#### ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите основные лечебные мероприятия.
3. Рассчитайте суточную потребность в грудном молоке. Девочка Р., 3 дня, от первой беременности, протекавшей с легким гестозом в первой половине, срочных родов. Масса при рождении 3100 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, на 3 сутки масса составила 2950 г. На 3 сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 3-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтые мелкие узелки. 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, с прожилками слизи.

Общий анализ крови: эритроциты —  $5,6 \times 10^{12}/л$ , Нв — 186 г/л, цв. п. — 0,94, лейкоциты —  $6,4 \times 10^9/л$ , э — 1%, п/я — 5%, с — 42%, л — 45%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, относительная плотность — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — много, лейкоциты — 2-3 в п/зр, эритроциты — 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.

### ЗАДАНИЕ

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
3. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

4. Оцените результаты общего анализа крови. Девочка О., 4 дня, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом в первой половине. Роды срочные. Масса при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родзале, сосала хорошо. На 3 сутки появилась иктеричность кожи.

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

Группа крови матери А (I) резус-положительная. Группа крови ребенка 0 (I) резус-положительная.

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

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, относительная плотность — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/зр, 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, АЛат — 0,25 ммоль/л, АСаТ — 0,18 ммоль/л.

#### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты общего анализа мочи.
4. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
5. Требуется ли лечение желтуха у данного ребенка?
6. Как кормить этого ребенка?
7. Каков прогноз для этого ребенка?

Мальчик А., 4 дня, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей резус-отрицательную группу крови 0 (I). Отец ребенка имеет резус-отрицательную группу крови А (II).

Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель, настоящая беременность — вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса при рождении 3200 г, длина 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечалась иктеричность кожи и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожи и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный. Общий анализ крови: эритроциты —  $3,9 \times 10^{12}$  /л, Нв — 141 г/л, цв. п. — 0,99, лейкоциты —  $9,4 \times 10^9$ , э — 1%, п/я — 7%, с — 53%, л — 32%, м — 7%, СОЭ -2 мм/час.

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

#### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования?
4. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
6. Назначьте лечение.
7. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после

выздоровления?

### ЗАДАЧА 13

Девочка В., 3 дня, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет резус-отрицательную группу крови А (II). Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет резус-отрицательную группу крови 0 (I). Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. Первый период 6 часов 30 минут, второй — 20 минут, безводный промежуток 4 часа

10 минут. Масса при рождении 3400 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное окрашивание кожи. Проводилась инфузионная и фототерапия.

При осмотре на 3-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см, селезенка — на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены.

Общий анализ крови: эритроциты —  $4,2 \times 10^{10}/л$ , Нв — 152 г/л, ретикулоциты — 6%, цв. п. — 0,99, лейкоциты —  $12,0 \times 10^9$ , э — 1%, п/я — 6%, с — 49%, л — 36%, м — 8%, СОЭ — 2 мм/час.

Группа крови ребенка А (II) резус-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок — 54,8 г/л, билирубин непрямой — 328 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, АСаТ — 65 ед., АЛаТ — 71 ед., ЩФ — 350 ед.

### ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты биохимического анализа крови.
4. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?
5. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?
6. Назначьте лечение.
7. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?

Ребенок И., 4 дня, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с гестозом 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 в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. Первый период родов 8 часов, второй — 25 минут, безводный промежуток 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса при рождении 3300 г, длина 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 определено. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу. 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, пульс — 152 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 2,0x2,0 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: эритроциты —  $5,8 \times 10^{12}$ /л, Hb — 192 г/л, цв. п. — 0,98, лейкоциты —  $12,5 \times 10^9$ , э — 2%, п/я — 10%, с — 56%, л — 29%, м — 3%, СОЭ — 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 62,0 г/л, билирубин непрямо́й — 51 мкмоль/л, прямо́й — нет, мочеви́на — 3,3 ммоль/л, калий — 6,0 ммоль/л, натрий — 136,0 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. Псевдокиста сосудистого сплетения справа — 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

#### ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте лечение.

3. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга.

4. Каков прогноз для данного больного?

### **ЗАДАЧА 15**

Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с гестозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологические. Масса при рождении 3500 г, длина 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 этим ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4-37,6 °С. 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: эритроциты —  $5,5 \times 10^{12}/л$ , Нв — 180 г/л, цв. п. — 0,99, тромбоциты —  $270 \times 10^9$ , лейкоциты —  $17,2 \times 10^9$ , метамиелоциты — 3%, п/я — 13%, с — 57%, л — 24%, м — 3%, СОЭ — 9 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, относительная плотность — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/зр, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 52,4 г/л, билирубин непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций — 2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л.

### **ЗАДАНИЕ**

1. Ваш 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. Какие граммположительные микроорганизмы вы знаете?
6. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?
7. Назначьте лечение.
8. Какие анатомо-физиологические особенности кожи характеризуют новорожденного ребенка?
9. Остаются ли изменения на коже после этого заболевания?
10. Можно ли купать ребенка?
11. Возможные исходы и прогноз.
12. Определите тактику неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме.
13. К какой группе здоровья относится данный новорожденный?
14. Как следует проводить профилактические прививки этому ребенку?

#### **ЗАДАЧА 16**

Мальчик О., 5 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность.

Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая — самопроизвольным выкидышем. Роды вторые, преждевременные, на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса при рождении 2550 г, длина 46 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Сосет грудь вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. На 5-й день появилось гнойное отделяемое из пупочной ранки. Ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9 °С. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки — скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыхания 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно

дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс 176 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка — на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный, с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе — арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.

Общий анализ крови: эритроциты —  $4,1 \times 10^{12}$ , Нв — 140 г/л, цв. п. — 0,9, тромбоциты —  $120 \times 10^9$ /л, лейкоциты —  $5,1 \times 10^9$ /л, миелоциты — 4%, метамиелоциты — 18%, п/я — 21%, с — 20%, л — 18%, м — 19%, СОЭ — 6 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность — мутная, белок — 990 г/л, реакция Панди — +++++, цитоз — 5960 в 3 мкл: нейтрофилы — 82%, лимфоциты — 18%.

### ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты исследования ликвора.
5. Назовите показания к спинномозговой пункции у этого ребенка.
6. Какие исходы заболевания возможны?
7. Оцените группу здоровья новорожденного после выписки.
8. Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.
9. Как следует проводить профилактические прививки ребенку в случае благоприятного исхода?

### ЗАДАЧА 17

Девочка П., от второй беременности, протекавшей с вегето-сосудистой дистонией по гипотоническому типу, анемией, первых родов на 42-й неделе гестации. Первый период родов 8 часов, второй — 45 минут, безводный промежуток — 9 часов, околоплодные воды мекониальные. Вторичная слабость родовой деятельности, родо- стимуляция окситоцином. Плацента с множественными петрификациями. Двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса при рождении 2950 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки — 33 см, оценка по шкале Апгар в конце 1 минуты жизни — 3 балла.

После проведенной в течение 20 минут первичной реанимации состояние ребенка тяжелое, стонет, срыгивает околоплодными водами, крик слабый. Мышечная гипотония. Гипорефлексия. Кожные покровы бледные, с

цианотичным оттенком, дистальный цианоз. Тепло удерживает плохо. Одышка до 80 в минуту с втяжением уступчивых мест грудной клетки, диафрагмы, яремной ямки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева — звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы, слева дыхание проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 168 в 1 минуту. Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется.

#### ЗАДАНИЕ

1. Ваш диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы в формировании патологии.
3. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме грудной клетки?

#### ЗАДАЧА 18

Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте первых суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с гестозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, первый период родов 13 часов, второй — 25 минут, безводный промежуток 7 часов. Задние воды зеленоватые с неприятным запахом. Масса при рождении 2850 г, длина 49 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, и для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно: над легкими определяется укорочение звука, аускультативно — дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 170 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная

гипотония, безусловные рефлексy снижены.

Общий анализ крови: эритроциты —  $5,5 \times 10^{12}/л$ , Нв — 180 г/л, цв. п. — 0,9, тромбоциты —  $208 \times 10^9/л$ , лейкоциты —  $23,1 \times 10^9/л$ , миелоциты — 2%, метамиелоциты — 4%, э — 5%, п/я — 13%, с — 50%, л — 11%, м — 15%, СОЭ — 4 мм/час.

Иммуноглобулины: IgG — 1200 мг% (норма 400-1450 мг%), IgM — 80 мг% (норма 0).

### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме у этого ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности при пневмонии?
5. Назовите антибиотики, наиболее эффективные при лечении внутриутробной пневмонии.

### ЗАДАЧА 19

Девочка 3., 14 дней, от второй, нормально протекавшей беременности, срочных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписана из родильного дома на 3 сутки жизни. Дома имела контакт с больным ОРВИ.

В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры до  $37,4\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ, назначены капли в нос. Через два дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры до  $38,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , стала беспокойной, отказывалась от груди, начала срыгивать, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок госпитализирован.

При осмотре обращали на себя внимание бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, не обильное пенистое отделяемое на губах. Носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован. Одышка до 70 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка вздута, в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука, в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, в области укорочения перкуторного звука — ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правой парастер-нальной линии, левая — на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии, верхняя — второе ребро. Тоны сердца несколько

приглушены, пульс — 170 в 1 минуту. Живот несколько вздут, печень выступает из-под реберного края на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: ребенок беспокоен, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены.

Общий анализ крови: эритроциты —  $5,2 \times 10^{12}/л$ , Нв — 174 г/л, цв. п. — 0,9, тромбоциты —  $268 \times 10^9$ , лейкоциты —  $7,1 \times 10^9/л$ , э — 1%, п/я — 10%, с — 61%, л — 19%, м — 9%, СОЭ — 2 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови:  $pO_2$ -60 мм рт. ст.,  $pCO_2$ -72 мм рт. ст., BE — 8 ммоль/л, АВ — 14 ммоль/л, SB — 12 ммоль/л, BB — 29 ммоль/л.

Иммунофлюоресцентный анализ мазка из носоглотки — положительная реакция с вирусом парагриппа.

Рентгенограмма органов грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка выявляются очаги с понижением прозрачности и перифокальной воспалительной реакцией.

#### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Как должны наблюдаться в поликлинике дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте до 3-х месяцев?

#### ЗАДАЧА 20

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. Первый период — 7 часов, второй — 25 минут, безводный промежуток — 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении 2950, длина 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 — 2x2 см, малый — 0,3x0,3 см, на 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с этим 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 38,8 °С, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

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

Биохимический анализ крови: общий белок — 60,0 г/л, билирубин: общий — 310 мкмоль/л, непрямо́й — 298 мкмоль/л, прямо́й — 12 мкмоль/л.

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

#### ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
4. Какова лечебная тактика в этом случае?

#### ЗАДАЧА 21

Ребенок Н., 8 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным периодом — 16 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса при рождении 2850 г, длина тела 50 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия.

С первых суток отмечались вялость, срыгивания околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 6-й день жизни отмечался подъем температуры до  $39,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , возбужден, судорожная готовность, срыгивания фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура  $39,0\text{ }^{\circ}\text{C}$ , крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок  $3 \times 3$  см, выбухает. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жестковатое, хрипов нет, сердечные тоны учащены, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка — у реберного края. Стул желтого цвета, с неперева́ренными комочками и прожилками слизи.

Исследование спинномозговой жидкости: белок — 660 г/л, реакция Панди — +++, цитоз 600 в 3 мкл: нейтрофилы — 30%, лимфоциты — 70%. Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии.

#### ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать?

2. Оцените результаты исследования ликвора.
3. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?
4. Как следует проводить профилактические прививки в данном случае?

### **ЗАДАЧА 22**

Мальчик А., 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 29 лет, страдающей вегето-сосудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая, протекала с периодическими подъемами артериального давления до 150/90 мм рт. ст. При сроке 27 недель перенесла острое респираторное заболевание. Роды на 38-й неделе, самостоятельные, безводный промежуток — 4 часа. Масса при рождении 3100 г, длина 51 см., окружность головы — 34 см, грудной клетки — 33 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения состояние расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3-х суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала, и на 4 день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

При осмотре: состояние средней тяжести, вялый. Обращали внимание лануго, низко расположенное пупочное кольцо, недостаточная поперечная исчерченность стоп. Кожные покровы умеренно иктеричные, «мраморные», выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, отмечается симптом «мокрой подушки». В срыгиваемых массах много слизи. Зев гиперемирован. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул диспепсический. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Общий анализ крови: эритроциты —  $5,1 \times 10^{12}$  л, Нв — 184 г/л, цв. п. — 0,97, лейкоциты —  $10,8 \times 10^9$ , п/я — 7%, с — 56%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 165 мкмоль/л, прямой — нет.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: в положении по Тренделенбургу выявляется затекание бариевой взвеси в пищевод. Пищевод расширен, стенки его утолщены.

Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, эхогенность

подкорковых ганглиев несколько повышена.

### ЗАДАНИЕ

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
3. Есть ли необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения и почему?
4. Оцените результат общего анализа крови.
5. Объясните патогенез изменений, выявленных на НСГ.
6. Что явилось показанием к проведению рентгенологического исследования?
7. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

### ЗАДАЧА 23

У ребенка 9 суток жизни в отделении патологии, родившегося на 34-й неделе беременности массой 2270 г, длиной 44 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе 40 г, однократно рвота с примесью крови.

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 уд./мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см выступает из-под края реберной дуги. Стул со слизью и зеленью.

В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1x1 см, не напряжен.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: Нв — 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.

Посев на микрофлору: из зева — густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса — золотистый стафилококк.

Общий анализ мочи: реакция кислая, белок — 0,66‰, лейкоциты — сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/зр.

Рентгенограмма: на фоне общего вздутия легких определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны

фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

#### ЗАДАНИЕ

1. О каком заболевании идет речь? Ваш диагноз.
2. Каков генез систолического шума у данного ребенка?
3. Как лабораторно вы можете подтвердить ваш предполагаемый диагноз?
4. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии.

#### ЗАДАЧА 24

У недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии, в возрасте 1 мес. 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высывание языка), выросла окружность головы (+6 см за 1 мес. 10 дней). Исчезла двигательная активность в правой руке.

Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой оболочке полости рта—трудно снимаемый белый налет. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД — 40 в 1 минуту. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, левая — +1 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 120 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка— +1 см, стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен.

Общий анализ крови: эритроциты —  $3,5 \times 10^{10}/л$ , Нв — 112 г/л, цв. п.— 0,89, лейкоциты —  $10,3 \times 10^9/л$ , э — 3%, п/я — 2%, с — 33%, 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 Кандида.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): 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*.

#### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в возрасте 1 мес. 10 дней.
3. Какой метод обследования необходимо повторить для контроля

эффективности терапии?

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

### **ЗАДАЧА 25**

У новорожденного с первых часов после рождения появились пенистые выделения изо рта и носа.

От 3-й беременности, протекавшей на фоне гестоза и многоводия. Женщине 28 лет. Роды 2-е (1-е роды — 3 года назад), срочные. Родился мальчик массой 3100 г, длиной 50 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов.

Общее состояние тяжелое. Вялый, при беспокойстве нарастает цианоз. ЧД — 58 в 1 мин. При аускультации над всей поверхностью легких жесткое дыхание, в легких справа выслушиваются влажные хрипы. Границы сердца в пределах возрастной нормы. ЧСС 164/170 уд. в 1 мин. Эпигастральная область вздута. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. Меконий отходит.

На обзорной рентгенограмме грудной и брюшной полости усиление легочного рисунка с обеих сторон, средостение расположено правильно, большой газовый пузырь желудка.

Общий анализ крови: эр —  $6,0 \times 10^{12}/л$ , Нв — 215 г/л, лейкоциты —  $30 \times 10^9/л$ , эоз. — 2%, мет. — 4%, баз. — 26%, нейтр. — 34,6%, лим — 24%, мон. — 9%, СОЭ — 1 мм/ч, тромб. —  $350 \times 10^9/л$ .

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1017, лейкоциты — 1-3 в п/зр, сахар, белок — отр.

Биохимические исследования: прямой билирубин — 17 мкмоль/л, непрямой билирубин — 2,9 мкмоль/л.

### **ЗАДАНИЕ**

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения.

### **ЗАДАЧА 26**

Ребенок К., 2-е сутки, мальчик, родился недоношенным в сроке 34 недели массой тела 2015 г, длиной тела 43 см. У женщины 1-я беременность, в 3-м триместре наблюдалась эклампсия, в родах — преждевременная отслойка плаценты и кровотечение. Проведено кесарево сечение. Ребенок родился с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов без признаков кардиореспираторных нарушений. С первых часов жизни находился в палате интенсивной терапии в инкубаторе. Отсутствие зависимости от кислорода. У

ребенка непропорциональное телосложение: относительно большая голова и туловище, короткие ноги, низкое расположение пупка, лануго, покрывающие плечи и спину, яички не опущены в мошонку. Отмечается гиподинамия, выраженная мышечная гипотония, гипорефлексия, слабый крик при раздражении, быстрое охлаждение при выносе из инкубатора на пеленальный столик и обогревании лампой лучистого тепла. Снижение оральных и спинальных рефлексов. Угнетение сосания и глотания. Не срыгивает. Других отклонений со стороны черепных нервов нет. Невыраженный акроцианоз. Дыхание в легких жесткое. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 138 уд. в 1 мин. ЧД — 42. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул — меконий. Диурез сохранен.

Нейросонография: ишемия I — II ст. Гемограмма: эр —  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нв — 162 г/л, лейкоц —  $15,2 \times 10^9/л$ , э — 2%, п — 24%, с — 40%, л — 29%, м — 5%.

### ЗАДАНИЕ

1. Определите степень недоношенности новорожденного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Предложите объем исследований.
4. Проведите расчет питания.

### ЗАДАЧА 27

Ребенок О., 5 дней. Родился доношенным, масса 3800 г. Оценка по шкале Апгар 0/2/4. С рождения на ИВЛ. Находится в реанимационном отделении. Состояние тяжелое. Потеря церебральной активности в первые 12 часов с последующим нарастанием угнетения. Не просыпается при повторной болевой стимуляции, глаза не открывает. Увеличенные зрачки, «мутные», отсутствует реакция на свет. Отсутствует рефлекс Пейпера и спонтанные движения глазных яблок. Мышечная атония, сухожильные и брюшные рефлексы угнетены, врожденные рефлексы отсутствуют, в том числе глотания и сосания. Первые сутки — клонико-тонические судороги. Снижение системного АД. Питание через зонд. Данные НСГ: вен- трикуломегалия желудочков мозга, внутрижелудочковые тромбы. Гемоглобин крови -100 г/л. ликвор на 3 сутки: примесь крови, пле- оцитоз — 300 кл в 1 мкл.

Аntenатальный, интранатальный анамнез: беременность первая, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, в родах — первичная родовая слабость, безводный период - 18 часов, кесарево сечение.

### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного, период заболевания, выделите ведущие синдромы.
3. Терапевтическая тактика.
4. Мониторинг.

### **ЗАДАЧА 28**

Ребенку А.— 28 дней. На приеме у педиатра. Родился недоношенным, гестационный возраст 35-36 недель, масса — 2010 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 4-е сутки. Находится на грудном вскармливании. Жалобы на общее беспокойство, усиленную спонтанную двигательную активность, немотивированный плач, диссомнию. «Кишечных колик» нет

Оживление сухожильных рефлексов, повышен рефлекс Моро, мелкоамплитудный тремор в руках. НСГ в роддоме: признаки церебральной ишемии 1 ст.

Аntenатальный, интранатальный анамнез: беременность первая. Роды на 35-й неделе, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, анемия.

### **ЗАДАНИЕ**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените состояние больного.
3. Выделите ведущие синдромы.
4. Тактика ведения больного.

### **ЗАДАЧА 29**

Ребенок М. Доношенная девочка, родилась у молодых родителей. Матери 28 лет, медсестра, считает себя здоровой. Группа крови В (III), Rf (+) пол. Отец — 30 лет, строитель, считает себя здоровым.

Беременность у матери вторая, в анамнезе — медицинский аборт. Течение настоящей беременности осложнено неоднократными эпизодами угрозы невынашивания, гиперандрогенией, отечной формой гестоза. Роды самостоятельные в сроке 40-41 нед., быстрые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения обнаружена кефало- гематома в правой теменной области. Через 2 часа после рождения ребенок был переведен в палату «мать и дитя» на грудное вскармливание. В возрасте 2 сут. 7 ч. жизни поступила в отделение патологии новорожденных в связи с прогрессированием желтухи.

При переводе в отделение уровень билирубина в сыворотке крови составил 233,50 мкмоль/л (прямой — 5,10 мкмоль/л, непрямой — 228,4 мкмоль/л).

В последующие дни жизни на фоне инфузионной и фототерапии

отмечалось дальнейшее прогрессирование желтухи. Появились элементы петехиальной сыпи, гематома в правой локтевой области. Наросли симптомы токсикоза: вялость, угнетение сосательного рефлекса, срыгивания. При осмотре обращали на себя внимание сухость кожного покрова, его землисто-серый оттенок на фоне желтухи, глухость сердечных тонов, увеличение размеров печени до 4-4,5 см ниже края реберной дуги, плотная консистенция печени, ярко-желтая окраска мочи. Динамика уровня билирубина была следующей:

5 сут.— 357,87 мкмоль/л (прямой — 7,60 мкмоль/л, непрямой — 350,27 мкмоль/л);

8 сут. — 406,09 мкмоль/л (прямой — 10,15 мкмоль/л, непрямой — 395,94 мкмоль/л). 8 сут.—458,2 мкмоль/л (прямой — 78,3 мкмоль/л, непрямой — 379,8 мкмоль/л);

9 сут.— 496,6 мкмоль/л (прямой — 113,1 мкмоль/л, непрямой — 383,5 мкмоль/л).

Биохимическое исследование крови: общий белок — 55 г/л; сахар — 3,0 ммоль/г; АСТ — 112,4 Ед/л (норма — до 80 Ед/л); АЛТ — 82,8 Ед/л (норма — 47 Ед/л); у — глутамилтрансфераза — 105,9 Ед/л (норма).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатомегалия, усиление ЭХО-плотности печени.

На 12-е сутки жизни из медико-генетического центра получена информация о положительных результатах скрининга на галакто-земию у наблюдаемого ребенка.

Ребенок был переведен на искусственное вскармливание смесями на основе ионного гидролиза белка. Продолжена инфузионная и фототерапия.

На 24-е сутки жизни уровень билирубина составил 48 мкмоль/л (прямой — 10,65 мкмоль/л, непрямой — 37,6 мкмоль/л). Ребенок был выписан домой.

### ЗАДАНИЕ

1. Какой клинический вариант гипербилирубинемии был у данной больной?
2. Какие клинические данные подтверждают генез желтухи?
3. Какие лабораторные показатели подтверждают диагноз?
4. Дайте совет по вскармливанию ребенка.

### ЗАДАЧА 30

Ребенок Ф., 2 сутки жизни, доношенный, масса 2500. Длина 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С первых суток с матерью в палате, пытается сосать грудь. На второй день у матери появилось молоко. Ребенок грудь сосет вяло, глаза открывает неохотно, появился горизонтальный

нистагм, крик слабый, неэмоциональный, снижена двигательная активность, тремор рук, повышенная возбудимость, бледность кожных покровов. Кардиореспираторных нарушений нет. Печень не увеличена. Стул — меконий. Диурез адекватный. Антенатальный, интранатальный анамнез: беременность первая, во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, гестационный сахарный диабет, в родах — первичная родовая слабость, безводный период — 10 часов, роды срочные.

Нейросонография: признаки морфологической незрелости. Гемограмма: эр.—  $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин — 190 г/л, лейкоциты —  $12,2 \cdot 10^9$ /л, э — 1%, п — 26%, с — 40%, л — 29%, м — 4%.

Глюкоза в крови 2,3 ммоль/л. Показатели глюкозы крови через 6 часов — 2,8 ммоль/л.

### ЗАДАНИЕ

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические симптомы подтверждают диагноз?
3. Какой уровень глюкозы считается критерием гипогликемии у новорожденных в любые сутки жизни?

### Ключи ответов к ситуационным задачам

#### К задаче 1

1. Диагноз: поздний неонатальный сепсис, гнойный омфалит, флегмона ягодичной области слева.
2. Биохимия крови: АСТ, АЛТ, билирубин и фракции, белок, мочевины, С-реактивный белок, К, Na, Ca. Гемостазиограмма, КОС, РСТ-тест (маркер сепсиса), R-графия органов грудной клетки и брюшной полости, тазобедренных суставов. Бактериологический посев крови.
3. Лечение.

Антибактериальная терапия (стартовая терапия — ампициллин 25 мг/кг+ гентамицин 4 мг/кг).

Поддержание и коррекция нормального биоценоза — лакто- бактерий (1-2 дозы 3 раза в сутки).

Дезинтоксикационная терапия (по показаниям фуросемид 1 мг/кг в/в медленно).

Инфузионная терапия (5%—10% р-р глюкозы, по показаниям 0, 9% NaCl, 10% р-р CaCl, 25% р-р MgSO<sub>4</sub>), по показаниям гепарин. Иммуноглобулины (пентаглобин 3-5 мл/кг/сут. однократно либо цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ- инфекция) по показаниям.

Так как у ребенка обнаружена флегмона ягодичной области, необ-

ходимо совместно с детским хирургом произвести вскрытие гнойника, провести местную антибактериальную терапию либо дренирование в первые трое суток.

### **К задаче 2**

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВО, средней степени тяжести, желтушно-анемическая форма.

2. Биохимический анализ: билирубин с фракциями; сахар; АСТ, АЛТ.

Общий анализ крови: контроль уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, почасовой прирост билирубина. Определить иммуноглобулины в сыворотке крови новорожденного (JgM, JgG, JgA). Проба Кумбса. Анализ мочи.

3. Дифференциальный диагноз: Гипербилирубинемии, обусловленные первичным нарушением экскреции конъюгированного билирубина (механические желтухи). Гипербилирубинемия, обусловленная сочетанным нарушением функции гепатоцитов (печеночные желтухи).

Гипербилирубинемии на фоне гемолитических анемий. Билирубиновая энцефалопатия и ядерная желтуха.

### **К задаче 3**

1. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденных по системе Rh-фактор, средней степени тяжести, желтушная форма.

2. Биохимический анализ: билирубин с фракциями, сахар, АСТ, АЛТ. Общий анализ мочи: контроль уровня гемоглобина, эритроцитов, гематокрита. Почасовой прирост билирубина. Определить иммуноглобулины в сыворотке крови новорожденного (JgM, JgG, JgA). Проба Кумбса. Анализ мочи.

3. Дифференциальный диагноз: гипербилирубинемии, обусловленные первичным нарушением экскреции конъюгированного билирубина (механические желтухи); гипербилирубинемия, обусловленная сочетанным нарушением функции гепатоцитов (печеночные желтухи): врожденные инфекционные гепатиты, сепсис; наследственные гепатиты: муковисцидоз, галактоземия; гипербилирубинемии на фоне других гемолитических желтух (врожденная микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара, недостаточность фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, полицитемическая и др.); билирубиновая энцефалопатия и ядерная желтуха.

4. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими гемолитическую болезнь новорожденных, осуществляет педиатр совместно с неврологом, окулистом, отоларингологом. Частота профилактических осмотров педиатром на первом году жизни составляет 2 раза в месяц, на втором — 1 раз в месяц и на третьем — 1 раз в 3 мес. В течение 3-х месяцев после рождения необходимо ежемесячное исследование крови (содержание в крови

гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов). Профилактика анемии. Профилактические прививки по показаниям и после консультации иммунолога.

#### **К задаче 4**

1. Диагноз: неонатальная желтуха, вирусный гепатит, синдром цитолиза, синдром холестаза.
2. Симптомы: интоксикация; гепатоспленомегалия; ахоличный стул; темная моча; иктеричность кожных покровов.
3. Лабораторные данные:
  - гипербилирубинемия (общий билирубин — 171 ммоль/л, преимущественно прямой билирубин — 121,02 мкмоль/л, повышение ферментов печени — АСТ и АЛТ, снижение коэффициента де Риттиса);
  - реакция на желчные пигменты в моче положительная;
  - отсутствие стеркобилина в кале.

#### **К задаче 5**

1. Диагноз: асфиксия тяжелой степени в родах, аспирация околоплодными водами.
2. Ни в коем случае ребенка не стимулируют тактильно, иначе он может дальше аспирировать околоплодные воды. Санация верхних дыхательных путей.

Прикрепить пульсоксиметр и измерять сатурацию, кислород можно подать через Neoraff/мешок Амбу. Если через 30 сек. после проведенных мероприятий ЧСС повышается, сатурация растет, окраска кожи улучшается, то ребенок переводится в РАО для дальнейшего лечения и наблюдения.

Если после данных мероприятий ЧСС не повышается, необходимо начать непрямой массаж сердца. И каждые 30 секунд оценивать динамику. Если после данных мероприятий улучшения нет, то применить ППСОПА и вновь оценить через 30 секунд. Если через 30 секунд нет улучшения, необходимо применить медикаментозное воздействие: адреналин в дозировке 0,1-0,3 мл/кг в/в, либо 0,5—1,0 мл/кг эндотрахеально (в случае отсутствия венозного доступа) ввести можно до 3-5 раз каждые 5-10 минут, восполнение ОЦК физиологический раствор (0,9% NaCl) в дозе 10 мл/кг.

#### **К задаче 6**

1. Диагноз: врожденная пневмония (?); дыхательная недостаточность 2-3 ст.; недоношенность — 36 недель.
2. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости (для определения очага в легких, выявление причин ДН). Биохимический анализ крови. КОС. Общий анализ крови (реакцию крови, ответ на воспаление). Бактериальное исследование крови (выявление возбудителя). Посев крови на

стерильность (определение чувствительности к антибиотикам). Общий анализ мочи.

У матери: посев крови на стерильность, вирусологическое исследование (у матери возможна респираторная вирусная инфекция).

3. Кислородная терапия (носовые канюли, кислород в кювез, кислородная палатка).

Антибиотикотерапия (стартовая терапия: ампициллин — 25 мг/ кг/сут. + гентамицин 4 мг/кг/сут. в/в за 30 мин.). Инфузионная терапия (5% глюкоза, по показаниям 0,9% NaCl, 10% CaCl, 25% MgSO<sub>4</sub>).

Иммуноглобулины (пентаглобин 3-5 мл/кг/сут. однократно или цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ-инфекция) по показаниям. Ребенка перевести в специализированное отделение.

### **К задаче 7**

1. Диагноз: поздний неонатальный сепсис; омфалит, осложненный флебитом вен.

2. Интоксикационный синдром (повышение температуры до 38С, СОЭ — 18 мм/час); неврологическая симптоматика (беспокойство, вялость, однократная рвота, отказ от груди); анемический синдром (гемоглобин — 103 г/л, эритроциты —  $3,26 \times 10^{12}$  /л). Посев крови: патогенный стрептококк, чувствительный к амокс- сиклаву, цефуросиму).

3. Направления лечения:

Антибактериальная терапия с учетом чувствительности микроорганизма (эдицин — 10 мг/кг).

Дезинтоксикационная терапия (по показаниям фуросемид — 1 мг/кг в/в, медленно).

Поддержание и коррекция нормального биоценоза, так как проводится антибактериальная терапия — лактобактерин 2-3 дозы 3 раза в сутки.

Инфузионная терапия (5% глюкоза, по показаниям 0,9% NaCl, 10% CaCl, 25% MgSO<sub>4</sub>).

Иммуноглобулины (пентаглобин 3-5 мл/кг/сут. однократно либо цитотект/неоцитотект, если обнаружена ЦМВ-инфекция) по показаниям.

### **К задаче 8**

1. Диагноз: поздний неонатальный сепсис, омфалит.

2. Тактика: направление на госпитализацию в специализированное отделение, детскую больницу. В стационаре будет проведено полное медицинское обследование и оказана необходимая помощь.

### **К задаче 9**

1. Диагноз: пограничное состояние; транзиторная гипертермия (?); нарушение терморегуляции у новорожденного, неуточненное.

2. Терапевтическая тактика при высокой лихорадке сводится к физическому охлаждению ребенка (его оставляют свободным от пеленок), назначению дополнительного количества жидкости (5% раствор глюкозы до 50-100 мл внутрь); снизить температуру воздуха в палате (для здоровых доношенных новорожденных) до 24°; изменить расположение кровати ребенка подальше от батарей отопления и от прямых солнечных лучей.
3. Расчет грудного молока для новорожденного на 4-й день жизни: по формуле Финкельштейна:  $p \cdot 80 = \text{сут. кол-во}$ . Коэффициент 80 взят, так как ребенок родился массой более 3200 г,  $p$ -дни жизни:  $4 \times 80 = 320$  — это суточный объем.
4. Ребенок будет кормиться 8 раз в сутки, каждые 3 часа (либо по требованию)
5.  $320/8 = 45$  мл — разовый объем кормления.

### **К задаче 10**

1. Диагноз: половой криз, транзиторный катар кишечника, физиологическая убыль массы тела, милиа.
2. Нагрубание молочных желез — это одно из транзиторных состояний, связанных с изменениями гормонального баланса. Надавливать на молочные железы, для того чтобы выделить секрет, не стоит, так как есть риск инфицирования. Наложить стерильную сухую салфетку. Соблюдать туалет новорожденного. Консультация хирурга не требуется, так как данное состояние пройдет самостоятельно к 7-10 дню.
3. Изменения стула связаны с транзиторными изменениями в кишечнике. Экстренная коррекция не требуется.
4. В общем анализе крови можно отметить лейкопению, так как к 3-4 дню жизни у ребенка должно быть не менее  $7,9 \times 10^9/\text{л}$ . Уровень эритроцитов, гемоглобина, ЦП, эозинофилов, п/я сегментов, лимфоцитов, моноцитов и СОЭ в норме.

### **К задаче 11**

1. Транзиторная гипербилирубинемия. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (благоприятное течение беременности и родов, появление иктеричности кожных покровов на 3 сутки жизни, отсутствие данных за возможный резус-конфликт или конфликт по системе АВО); объективного статуса: на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, отсутствует гепатоспленомегалия, а также прочие показатели в норме; данных лабораторных исследований — общий анализ крови и общий анализ мочи в пределах возрастной нормы, в биохимическом анализе крови уровень непрямого билирубина 140 мкмоль/л, что является допустимым на 4-й день жизни у доношенных новорожденных, прямой билирубин отсутствует.

2. Показатели общего анализа крови — в пределах возрастной нормы.
3. Показатели общего анализа мочи—в пределах возрастной нормы.
4. Показатели биохимического анализа крови: уровень непрямого билирубина — 140 мкмоль/л и отсутствие прямой фракции является допустимым для 4-го дня жизни, в норме — до 171 мкмоль/л. Остальные показатели в норме. Такое повышение уровня непрямого билирубина обусловлено рядом факторов: укороченной продолжительностью жизни эритроцитов из-за преобладания эритроцитов с фетальным гемоглобином выраженного неэффективного эритропоэза. Повышенного образования билирубина в катаболическую фазу обмена из неэритро- цитарных источников гема (миоглобин, печеночный цитохром и др.). Сниженным захватом непрямого билирубина гепатоци- тами. Низкой способностью к глюкуронированию билирубина из-за низкой активности глюкуронилтрансферазы и уридин- дифосфоглюкозодегидрогеназы в основном по причине угнетения их гормонами матери. Сниженной способностью к экскреции билирубина из гепатоцита. Повышенным поступлением непрямого билирубина из кишечника.
5. Желтуха у данного ребенка является физиологической, лечения не требует.
6. При наличии достаточной лактации у матери (не указано в условии задачи) этому ребенку показано грудное вскармливание.
7. Прогноз благоприятный, физиологическая желтуха угасает уже к концу первой недели жизни и не наносит вреда здоровью ребенка.

### **К задаче 12**

1. Гемолитическая болезнь новорожденных (конфликт по системе АВО), анемическая форма, течение средней тяжести. Диагноз поставлен на основании: данных анамнеза: группа крови матери 0 (I), резус-отрицательная, группа крови отца — А (II), резус-отрицательная. ГБН по системе АВО возникает у новорожденных, рожденных от матерей с первой группой крови, иктеричность кожи и склер в первые сутки жизни ребенка, усиление желтухи на вторые сутки (появление в первые сутки жизни — признак патологической гипербилирубинемии). Данных объективного обследования — тяжелое состояние, выраженная иктеричность, вялость, гипотония, гипорефлексия, гепатоспле- номегалия. Данных лабораторных исследований — признаки гемолитической анемии в общем анализе крови (снижение уровня гемоглобина, эритроцитов), повышение непрямого билирубина до 180 мкмоль/л (верхняя граница нормы — до 171 мкмоль/л у доношенных новорожденных).
2. Дополнительно необходимо провести определение группы крови ребенка, анализ периферической крови с подсчетом количества ретикулоцитов,

динамическое определение концентрации билирубина в сыворотке крови ребенка. Также можно провести иммунологические исследования: определение титра аллогема-гглютининов в крови и молоке матери; непрямая проба Кумбса.

3. Скорее всего, у ребенка выявится А (II), резус-отрицательная группа крови, повышенное количество ретикулоцитов, проба Кумбса будет слабоположительной (при резус-конфликте она выраженная, положительная).

4. На УЗИ органов брюшной полости можно выявить гепатоспленомегалию, возможно, наличие свободной жидкости в брюшной полости (в случае отечной формы ГБН).

5. Дифференцировать данное заболевание следует с физиологической желтухой, ГБН при резус-несовместимости, гемолитическими анемиями.

6. Лечение: учитывая уровень непрямого билирубина (180 мкмоль/л), уровень гемоглобина (141 г/л), данному ребенку показано: вскармливание адаптированной молочной смесью, поддержание оптимального температурного режима, постоянная фототерапия, наблюдение за уровнем гемоглобина, билирубина и его почасовым приростом, а также подготовка к заменному переливанию крови в случае дальнейшего почасового прироста билирубина более 6,8 мкмоль/л в час.

### **К задаче 13**

1. Группа здоровья — ЗВ данном случае можно думать о гемолитической болезни новорожденных (конфликт по резус-фактору), P55.0, желтушная форма, тяжелое течение, учитывая группу крови матери 0 (II) (резус-отрицательная), группу крови ребенка 0 (I) (резус-положительная), динамику развития желтухи и данные лабораторного обследования. Однако зеленоватый оттенок кожи, наличие прямого билирубина позволяет также думать о механической желтухе, синдроме сгущения желчи.

2. В общем анализе крови — признаки гемолиза: снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, увеличение количества ретикулоцитов.

3. В биохимическом анализе крови — резкое повышение уровня непрямого билирубина (близко к уровню билирубина при риске билирубиновой энцефалопатии), наличие прямого билирубина, повышение уровня холестерина, печеночных ферментов, что указывает на вовлечение в патологический процесс печени.

4. Следует провести пробу Кумбса (должна быть резко положительной), а также общий анализ мочи, проверить уровень ГГТ, холестерина, бета-

липопротеидов, желчных кислот, концентрации альбумина, фибриногена, ПТИ — с целью исключения гипербилирубинемии, связанной с инфекционным, токсическим или метаболическим поражением печени; а также УЗИ органов брюшной полости с целью визуализации структуры печени, желчного пузыря — исключение механической желтухи.

5. На УЗИ органов брюшной полости можно выявить увеличение размеров печени, различные пороки развития желчных путей, увеличение желчного пузыря в случае наличия препятствия оттоку желчи.

6. В случае подтверждения диагноза ГБН (конфликт по резус-фактору) возможно кормление грудным молоком, поддержание оптимального температурного режима, фототерапия и заменное переливание крови (замена 2 ОЦК). Если желтуха имеет иной характер, помимо перечисленных мероприятий следует устранить причину холестаза и разрешить грудное вскармливание.

7. План: 1. Перевод ребенка в специализированное отделение для дополнительного обследования.

После выписки: ОАК после в динамике через 7-10 дней, концентрация билирубина крови в динамике 1 раз в неделю, ОАМ с исследованием желчных пигментов.

8. Консультации невропатолога, ЛОР, окулиста, логопеда.

#### **К задаче 14**

1. Предварительный диагноз: ППЦНС гипоксического генеза, острый период, церебральная ишемия II ст., гипертензионно-гидроцефальный синдром. Перивентрикулярная лейкомаляция, 1 стадия, среднетяжелое течение.

2. Необходимо поддержание температурного режима, кормление сцеженным грудным молоком через шприц, проведение инфузионной терапии (с осторожностью, учитывая гидроцефальный синдром), дегидратационной терапии.

3. При выраженном отеке мозга стартовым препаратом является маннитол из расчета 0,5-1 г сухого вещества на 1 кг в/в капельно, через 2 ч. вводится лазикс (1мг/кг). Далее лазикс назначить планово в дозе 2-5 мг/кг в сутки в течение 5-7 дней. Одновременно с ним назначают диакарб в дозе 20-40 мг/кг в сутки по 3-дневной схеме (в 1, 2, 3-й день, 4-й день — перерыв). При использовании диакарба необходимо назначать препараты калия. Также может использоваться дексаметазон в дозе 0,5 мг/кг однократно.

4. Прогноз благоприятный для жизни, однако возможны функциональные и органические поражения ЦНС в будущем: гидроцефалия, задержка НПР, резидуальная церебральная недостаточность, церебрально-астенический синдром, цефалгии, судороги, парезы, параличи и др.

## К задаче 15

1. Предварительный диагноз: эпидемическая пузырчатка новорожденных, доброкачественная форма, средней тяжести.
2. Необходимо провести посев содержимого пузырей с целью уточнения диагноза.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с другими видами пиодермий, врожденным буллезным эпидермолизом, врожденным сифилисом, эритродермией Лейнера.
4. Наиболее часто это заболевание вызывается золотистым стафилококком.
5. Грамположительные бактерии: кишечные палочки, лактобактерии, листерии, стрептококки и другие.
6. Тяжесть состояния ребенка обусловлена синдромом инфекционного эндотоксикоза, кожными проявлениями в виде вялых пузырей.
7. Лечение — оптимальный температурный режим, рациональное вскармливание (предпочтительно грудное), антибиотико-терапия (стартовые препараты: ампициллин — 150 мг/кг, ген-тамицин — 5 мг/кг), местная терапия — обработка пузырей растворами антисептиков. При необходимости в случае тяжелого течения — инфузионная терапия.
8. Кожа новорожденного — тонкая, легко ранима, эпидермис легко отслаивается. Подкожно — жировая клетчатка богато васкуляризирована, рыхлая, что способствует быстрому распространению инфекции.
9. На месте бывших пузырей при доброкачественной форме корки не образуются, изменений на коже не остается.
10. Купание ребенка противопоказано.
11. При своевременно начатом лечении выздоровление наступает в течение 2-3-х недель от начала заболевания. При отсутствии лечения возможно прогрессирование заболевания, присоединение вторичной инфекции, генерализация инфекции.
12. При выявлении данного заболевания в родильном доме неонатологу следует подать экстренное извещение об инфекционном заболевании, а также изолировать ребенка с целью предупреждения распространения инфекции. Перевести ребенка в специализированное отделение. Рекомендуется закрыть роддом для профилактической обработки помещений.
13. Группа здоровья — 3.
14. В остром периоде заболевания ребенку противопоказано проведение профилактических прививок. Вакцинация проводится спустя 3 месяца после выздоровления.

## К задаче 16

Диагноз: бактериальный сепсис новорожденного неуточненный? (первичный очаг — гнойный омфалит средней степени тяжести); вторичный гнойный менингит средней степени тяжести; острая почечная недостаточность (?); недоношенность 36-37 недель; СДР 1 типа, ДН II. ППЦНС гипоксического генеза; церебральная ишемия II ст.

1. Дополнительно следует провести мониторинг температуры, КОС, сатурации, почасового диуреза; общий анализ мочи; биохимический анализ крови с определением уровня белка, билирубина, СРБ, сахара, мочевины, креатинина; посев отделяемого из пупочной ранки с определением чувствительности, гемокультура; прокальцитонин — тест; рентгенографию грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости; НСГ.

2. В общем анализе крови — снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов (для 8 суток), общее количество лейкоцитов снижено, палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле; повышено количество метамиелоцитов и миелоцитов.

3. В анализе ликвора — мутность (в норме СМЖ — прозрачная), высокий уровень белка, реакция Панди — резко положительна, повышен цитоз; также определяется высокий уровень нейтрофилов. Такой результат может указывать на наличие бактериальной инфекции.

4. У данного ребенка показанием к спинномозговой пункции явилось подозрение на менингит (типичная клиника).

5. Исходы менингитов в случае выздоровления можно разделить на функциональные (церебро-астенический синдром, диэнце-фальный синдром, астено-невротический, гипертензионный синдром) и органические (симптоматическая эпилепсия, параличи, парезы, подкорковые гиперкинезы, отставание в нервно-психическом развитии). Исход поражения легких — бронхолегочная дисплазия, хроническая дыхательная недостаточность, как следствие — отставание в физическом развитии. Учитывая тяжесть состояния ребенка и наличие других очагов инфекции, возможен летальный исход. Группа здоровья — 4.

6. После выписки больного из стационара обязательным является диспансерное наблюдение у невролога детской поликлиники и/или по месту лечения заболевания.

Общая длительность диспансеризации — не менее 3-х лет. Сроки диспансерного наблюдения после выписки из стационара: первый осмотр — через 1 месяц, далее — один раз в 3 месяца в течение первого года. В дальнейшем — один раз в 6 месяцев. При необходимости частота осмотров увеличивается.

## 7. Освобождение от профилактических прививок на 6 месяцев.

### К задаче 17

1. Диагноз: правосторонний пневмоторакс, возникший в перинатальном периоде; РДС 1 типа; ДН 2.
2. Предрасполагающие факторы: роды на 42-й неделе гестации, фетоплацентарная недостаточность, двукратное обвитие пуповины вокруг шеи ребенка, вторичная слабость родовой деятельности, родостимуляция окситоцином, длительный безводный период. ВПР, баротравма (проведение реанимационных мероприятий в родовом зале), РДС.
3. На рентгенограмме грудной клетки можно выявить следующие изменения: правое легкое поджато кверху воздухом, легочные поля светлые, корни не изменены.

### К задаче 18

1. Диагноз: врожденная (внутриутробная) пневмония; СДР 1 типа. ДН 2-3. Синдром задержки внутриутробного развития (роста) 1 ст., гипотрофический вариант.
2. На рентгенограмме грудной клетки возможны инфильтративные тени, могут быть сливными или мелкими рассеянными, видно перибронхиальную инфильтрацию и усиление бронхо-сосудистого рисунка.
3. Дифференциальный диагноз: внутриутробная пневмония, бактериальный сепсис новорожденного неуточненный, септический шок.
4. Инфекционные агенты, поражая альвеолярную мембрану и интерстициальное пространство легких, вызывают развитие триады признаков: формирование гиалиновых мембран, гнойное воспаление и интерстициальный отек; в результате этих процессов развивается дыхательная недостаточность, сопровождающаяся гипоксемией, гиперкапнией и ацидозом.
5. При врожденной пневмонии неустановленной этиологии используют комбинацию полусинтетических пенициллинов и аминогликозидов: ампициллина (внутривенно или внутримышечно, разовая доза 25-50 мг каждые 8-12 часов) и нетилмицина (внутривенно 6 мг/кг 1 раз в сутки), курс — 7-10 сут. Можно использовать комбинацию из защищенных пенициллинов (амписид) и нетилмицин (веронетилмицин).

### К задаче 19

1. Диагноз: острая вирусная пневмония (на фоне парагриппа?), тяжелой степени; ДН — III ст.; проводить дифференциальный диагноз с бронхолитом.
2. Лечение. Лечебно-охранительный режим, О-2 палатка, возможна

интубация при ухудшении состояния, санация ВДП, энтеральное кормление через зонд, расчет с учетом состояния ребенка. Эуфиллин (доза насыщения — 8 мг/кг, поддерживающая доза — 1,5-3 мг/кг), Пульмикорт (0,3 мг/кг x 2 р/сут). Беродуал, пульмикорт назначаются для того, чтобы уменьшить обструкцию дыхательных путей. Можно назначить рибавирин, так как данный препарат угнетает данный вирус (в течение первых 3-х суток). Назначают в виде ингаляций — 6 мг/кг/сут. x 3 р./сут. Пульсоксиметрия постоянно, необходимо следить за сатурацией. Антибиотикотерапия: ампициллин (25 мг/кг/сут.) + гентамицин (2,5 мг/кг/сут.) в/в (так как к вирусной пневмонии часто присоединяется бактериальная флора), через 72 часа необходимо будет взять общий анализ крови. Симптоматическая терапия. Инфузионная терапия. Курс медикаментозного лечения 7-14 дней, затем корректировка в зависимости от состояния ребенка.

3. Участковый педиатр в течение первых 3-х мес. наблюдает ребенка 2 раза в месяц, затем до одного года — ежемесячно. Пульмонолог первые 3 месяца — ежемесячно.

Отоларинголог, аллерголог, физиотерапевт — один раз в квартал. Первые 2 месяца после выписки — стимулирующая терапия. Курсы витаминов В, А, Е.

4. Показания к госпитализации: лихорадка — 38,0 °С и выше; дыхательная недостаточность любой степени (зависит от возраста); данные общего осмотра: бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз; одышка до 70 в 1 мин.; крепитирующие хрипы. Признаки нарастающей дыхательной недостаточности.

### **К задаче 20**

1. Внутриутробная вирусная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса. Вторичный серозный менингит, тяжелое течение. Судорожный синдром.
2. В общем анализе крови: снижение уровня гемоглобина, эритроцитов (для 6 суток), уровень лейкоцитов в норме.
3. По анализу ликвора больше данных за вирусный менингит: выше нормы белок, цитоз, преобладают лимфоциты (75%).
4. При всех клинических формах герпетической инфекции показана противовирусная терапия ацикловиром. Доза препарата и длительность лечения зависят от клинической формы заболевания. При герпетическом поражении ЦНС доза до 60 мг/ кг в сутки (по 20 мг/кг каждые 8 часов). Длительность лечения составляет 14-21 день.

### **К задаче 21**

1. Неонатальный (диссеминированный) листериоз. Вторичный бактериальный менингит, тяжелое течение. Судорожная готовность.

Синдром задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу 1 ст.

2. По анализу ликвора больше данных за бактериальный менингит: высокий уровень белка, реакция Панди — резко положительна,

повышен цитоз; также определяется высокий уровень нейтрофилов, при бактериологическом исследовании ликвора выделены листерии.

3. Группа здоровья — 3.

4. Освобождение от профилактических прививок на 6 месяцев.

### **К задаче 22**

1. Халазия пищевода, вторичный эзофагит, физиологическая желтуха. ППЦНС гипоксического генеза, церебральная ишемия 1 ст., острый период, синдром угнетения ЦНС.

2. Пищевод короткий — всего 10 см, слаборазвитый мышечный слой его и желудка создают условия для срыгивания пищи. Пищевод узкий, короткий, веретенообразной формы, имеет тонкие стенки, физиологические сужения отсутствуют. Желудок: слабое развитие кардиального сфинктера на фоне хорошего развития пилорического отдела. Слизистая оболочка толстая. Железы желудка вырабатывают соляную кислоту, пепсин, пepsин, сычужный фермент, створаживающие грудное молоко в желудке, участвующие в расщеплении жиров, белков и углеводов; в панкреатическом соке, поступающем из поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку, также содержатся пищеварительные ферменты: липаза, расщепляющая жиры, амилаза, участвующая в расщеплении углеводов грудного молока, и трипсин, способствующий усвоению белков. Однако активность этих ферментов очень низкая. Первые 3-4 дня у новорожденного ребенка стул бывает темным, липким и без запаха — меконий, первородный кал, который образуется с 4-го месяца внутриутробной жизни и представляет собой выделения зародышевого пищеварительного тракта. Через 3-4 дня стул становится переходным и имеет вид зеленовато-коричневых водянистых, иногда пенистых выделений со слизью. В дальнейшем стул приобретает гомогенность, кашицеобразную консистенцию, становится светло-коричневым. Частота его колеблется от 2 до 6 раз в сутки, внешний вид может изменяться в зависимости от состава грудного молока.

3. Есть необходимость в консультации хирурга для уточнения тактики дальнейшего ведения, для оценки необходимости оперативного лечения.

4. Общий анализ крови — без патологии. Может быть повышен кальций. Это связано с частыми срыгиваниями и гиповолемией.

5. Нейросонография: рисунок извилин и борозд сглажен, экзогенность подкорковых ганглиев несколько повышена — признаки гипоксии плода и

новорожденного.

6. Показанием к проведению рентгенологического исследования являются частые и обильные срыгивания, патологическое содержимое в срыгиваемых массах, умеренная иктеричность кожи.

7. 3-я группа здоровья.

### **К задаче 23**

1. Пупочный сепсис, септикопиемия, двусторонняя пневмония, деструктивная, тяжелая, затяжное течение. Пиелонефрит, ДВС синдром, стафилококковый энтероколит. Недоношенность — 34 нед. гестации, низкая масса тела.

2. Систолический шум возникает на фоне интоксикации и из-за возникновения вихревых потоков при изменении реологических свойств крови на фоне интоксикации.

3. Подтверждение диагноза: посев крови на микрофлору из зева, из ануса. Количественный анализ С-реактивного белка, анализ на D-димеры.

4. Основные принципы антибактериальной терапии данной патологии:

если состояние улучшается и результат посева отрицательный, надо прекратить лечение ампициллином и гентамицином после 5 дней лечения.

Если состояние улучшается при положительном посеве крови или бактериологическое исследование крови невозможно, то продолжайте лечение ампициллином и гентамицином 10 дней.

Если после трех дней лечения ампициллином и гентамицином состояние не улучшилось или ухудшилось, необходима смена антибиотика согласно выявленного возбудителя и результата теста на чувствительность.

Препараты выбора: ампициллин — 300-400 мг/кг/сут., 4-6 введений; гентамицин — 7 мг/кг/сут. Альтернативные антибиотики — карбопенемы (имипенем).

### **К задаче 24**

1. Постнатальный грибковый сепсис. Кандидозный менингоэнцефалит.

Кандидоз кожи и слизистых оболочек мочевой системы. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Судорожный синдром.

2. Возникновению заболевания в возрасте одного мес. 10 дней способствовало присоединение грибковой инфекции. Окончание антибактериальной терапии.

3. Бактериологический метод исследования крови и ликвора.

4. Для выяснения этиологии судорожного синдрома показаны следующие методы исследования: ЭЭГ, НСГ, МРТ.

5. Амфотерицин В в/в 0,25-0,5 мг/кг с повышением дозы при переносимости до 0,5—1,5 мг/кг. Реланиум в/в медленно по 0,1

0, 3 мг/кг.

### **К задаче 25**

1. Атрезия пищевода с наличием трахеобронхиального свища.
2. Показано зондирование пищевода, проведение пробы Элефанта. При наличии атрезии зонд встречает препятствие. При проведении пробы Элефанта воздух с шумом выходит через рот и нос.
3. Показана транспортировка в отделение хирургии новорожденных. Экстренная операция — торакотомия. Анастомоз «конец в конец».
4. Прогноз: при отсутствии осложнений — благоприятный.

### **К задаче 26**

1. Ребенок с низкой массой. 34 недели. Недоношенный.
2. На фоне недоношенности предварительный диагноз: перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, ишемия первой ст., острый период, синдром угнетения.
3. Мониторинг: КОС, электролиты, уровень глюкозы в крови, биохимический анализ крови с определением мочевины или остаточного азота, белка, по показаниям определение трансаминаз.
4. Расчет питания на 2-е сутки калорийным методом (40 ккал/кг). При наличии грудного молока сцеженное молоко через интр-агастральный зонд (ребенок не сосет и не глотает).

Суточный объем питания рассчитывается по формуле:

Масса тела в кг.\* 100\* потребность (ккал): кол-во ккал в 100 мл продукта питания (грудного молока).

$2\text{кг} * 100 * 40 : 70 = 114$  мл суточный объем и на одно кормление — 15 мл (питание — 7 раз в сутки). Условие: усваивает данное количество.

Расчет парентерального питания: расчет общего количества жидкости: физ. потребность в жидкости у новорожденных в зависимости от массы тела и возраста  $x$  масса тела  $= 2\text{кг} x 80 = 160$  мл (2-е сутки). Объем парентерального питания: общий объем жидкости (мл) — объем энтерального питания (мл). Например, в нашем случае ребенок усваивает энтерально в сутки 100 мл, а не 114 мл, как рассчитывали. Объем парентерального питания составит:  $160 - 100 = 60$  мл.

### **К задаче 27**

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-геморрагического генеза.
2. Состояние тяжелое, острый период, ведущие синдромы: коматозный, судорожный. Внутривентрикулярное кровоизлияние 3-й степени.
3. Реанимационные мероприятия: кардио-респираторная поддержка. Инфузионная терапия с расчетом потребности в калориях, углеводах, коррекция гиповолемии (глюкоза, физраствор), по показаниям — лазикс 1-2

мг/кг; сернокислая магнезия 25% р-р 0,2 мл/кг м. т., коррекция гипокалиемии, гипокальциемии, гипомагниемии; диазепам — 0,5-1 мг/кг;

дицинон — 12,5% р-р в/м 1 мл, гемостатическая терапия по показаниям.

4. Мониторинг: показатели эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, КОС, электролитов, глюкозы, нейросонография в динамике.

### **К задаче 28**

1. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксического генеза. Недоношенность 35 недель. Церебральная ишемия I ст. СПНРВ (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости).

2. Состояние удовлетворительное, возможно, клинические симптомы со стороны ЦНС связаны с незрелостью структур мозга, ответственных за смену ритма «сон — бодрствование» на фоне легкой гипоксии.

3. Ранний восстановительный период, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

4. Курс терапии минимальный с применением седативных препаратов: микстура с цитралью, успокаивающие сборы (корень валерианы, пустырник, шалфей) по 1 ч.л. 3 раза в день.

### **К задаче 29**

1. Клинический вариант гипербилирубинемии связан с классической галактоземией — наиболее тяжелой формой нарушения метаболизма галактозы, вызванной дефицитом активности фермента ГАЛТ (галактозо-1-фосфат-уридилтрансферазы). Заболевание обычно манифестирует в первые дни — недели жизни, быстро прогрессирует на фоне вскармливания молоком.

2. Диагноз подтверждают следующие клинические данные: нарастание симптомов токсикоза с признаками вялости, угнетение сосательного рефлекса, срыгивания, мышечная гипотония, прогрессирование желтухи, гепатомегалия, элементы петехиальной сыпи, гематома в правой локтевой области. Улучшение состояния ребенка и исчезновение клинической симптоматики заболевания при переводе на искусственное вскармливание специальными смесями также подтверждает клиниче-

ский диагноз и делает прогноз более позитивным. Необходима консультация офтальмолога с целью исключения катаракты.

3. Следующие лабораторные показатели подтверждают диагноз: положительные результаты скрининга на галактоземию (определение уровня тотальной галактозы в пятнах высушенной крови: пограничные значения 7,2-10 мг/дл и более

10 мг/дл — положительный результат и снижение активности фермента

ГАЛТ в высушенных пятнах крови  $< 2,5$  Е/гНБ). Повышение активности трансаминаз в сыворотке крови и повышение концентрации билирубина (неконъюгированная ги- пербилирубинемия, характерная для ранней стадии болезни, далее переходит в конъюгированную); ультразвуковое исследование органов брюшной полости: гепатомегалия, усиление ЭХО-плотности печени. Наличие воспалительных изменений в анализах периферической крови в сочетании с повышением уровня С-реактивного белка и положительным прокальцитонинным тестом является критерием присоединения сепсиса. Рекомендуется провести исследования факторов свертывания крови и на обнаружение гипераминоацидурии.

4. Основным методом лечения при галактоземии является диетотерапия, предусматривающая пожизненное исключение из рациона продуктов, содержащих галактозу и лактозу. Необходимо полностью исключить из рациона больного любой вид молока (в том числе женское, коровье, козье, детские молочные смеси и др.) и все молочные продукты, а также в дальнейшем строго избегать употребления тех продуктов, куда они могут добавляться (хлеб, выпечка, сосиски, колбасы, карамель, сладости, маргарины и т.п.). Запрещается также использование низко-лактозных молока и смесей.

Используются смеси на основе изолята соевого белка, в которых полностью отсутствуют растительные галактозиды: Нутрилак Соя, Нутрилон Соя, Энфамил Соя. Возможно появление аллергических реакций на соевый белок, и в таких случаях целесообразно назначать смеси на основе гидролизатов казеина: Прегестимил, Нутрамиген. Безлактозные молочные смеси, содержащие в составе белкового компонента 50-60% сывороточных белков, не должны использоваться для диетотерапии у детей с галактоземией грудного возраста, так как могут содержать следовые количества галактозы. Возможно применение только казеинпредоминантных безлактозных молочных смесей: Энфамил, Лактофри.

### **К задаче 30**

1. Классическая транзиторная гипогликемия. Группа риска: ребенок с ЗВУР, 1 ст. гипотрофический вариант, от матери с ге- стационарным сахарным диабетом.
2. Наиболее часто при гипогликемии наблюдается триада клинических симптомов: со стороны глаз (плавающие глазные яблоки, нистагм), слабый неэмоциональный пронзительный крик, грудь сосет вяло, снижена двигательная активность, тремор рук, повышенная возбудимость. Снижение уровня глюкозы в крови 2,3 ммоль/л подтверждает диагноз гипогликемии. При постановке диагноза необходимо учитывать группу риска, к которой

относится ребенок.

3. Критерием гипогликемии в любые сутки жизни у новорожденных считается уровень глюкозы менее 2,6 ммоль/л.

4. Для коррекции гипогликемии внутривенно вводят 10% раствор глюкозы из расчета 0,4-0,8 г/кг со скоростью не более 1 мл в минуту в течение 5 минут. Затем переходят на постоянную внутривенную инфузию глюкозы со скоростью 2,4-4,6 мл/ кг/ час. Коррекция энтерального питания. Мониторинг уровня глюкозы в крови каждые 3 часа в течение первых 2-х суток. В последующие 3 суток — каждые 6 часов. По показаниям перевод ребенка в отделение патологии новорожденных.

## **5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)**

### **Вопросы к зачету**

1. Педиатрия как наука, основные вопросы деонтологии и медицинской этики в педиатрии.

2. Педиатрия как наука о здоровом и больном ребенке. История педиатрии.

3. Периоды детского возраста, краткая характеристика периода новорожденности и грудного возраста. Особенности патологии.

4. Периоды детского возраста. Краткая характеристика преддошкольного, дошкольного и школьного периодов. Особенности патологии.

5. Физическое развитие ребенка.

6. Нервно-психическое развитие ребенка.

7. Аномалии конституции у детей.

8. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Семиотика поражения органов дыхания.

9. Методы диагностики при патологии органов дыхания у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

10. Анатомические и функциональные особенности органов кроветворения у детей. Семиотика поражения органов кроветворения.

11. Методы диагностики при заболеваниях крови у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

12. Особенности состава периферической крови у детей разного возраста.

13. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой

клетчатки у детей. Семиотика поражений.

14. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей. Семиотика поражений костно-мышечной системы у детей.

15. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Семиотика поражения органов пищеварения.

16. Методы диагностики при заболеваниях органов пищеварения у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

17. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Этиология, патогенез, классификация. Принципы терапии. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

18. Синдром мальадсорбции у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

19. Муковисцидоз. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, принципы терапии.

20. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы детей. Семиотика поражения органов мочеобразования и мочеотделения.

21. Методы диагностики при заболеваниях мочевыводящей системы у детей, клинические и лабораторные синдромы. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

22. Виды вскармливания детей первого года жизни. Определение понятий естественного, смешанного и искусственного вскармливания детей грудного возраста.

23. Преимущества грудного вскармливания детей первого года жизни.

24. Принципы успешного грудного вскармливания детей первого года жизни.

25. Искусственное вскармливание. Адаптированные смеси.

26. Рахит. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика, профилактика. Принципы терапии.

27. Острые пневмонии у детей. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

28. ХНЗЛ у детей. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

29. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

30. Лабораторная диагностика поражений печени у детей (синдром цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительный, гепатодепрессивный). Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

31. Гастродуоденит. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

32. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей в детском возрасте ( дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит). Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

33. Хронический холецистохолангит у детей. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

34. Особенности процессов пищеварения в кишечнике у детей раннего возраста. Синдром мальабсорбции.

35. Ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

36. Неревматический кардит у детей. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

37. Системные заболевания соединительной ткани у детей (системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия). Этиология, патогенез, клиническая картина, принципы терапии. 38. Методы диагностики при системных заболеваниях соединительной ткани. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

39. Железодефицитные анемии у детей. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика, профилактика. Принципы терапии.

40. Гемолитические анемии (анемия Минковского-Шоффара). Клинико-лабораторная диагностика.

41. Классификация основных форм геморрагических диатезов. Гематологическая характеристика.

42. Иммунная тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, прогноз, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

43. Гемофилия. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика, прогноз. Принципы терапии.

44. Геморрагический васкулит. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

45. Клиническая и лабораторная диагностика лейкозов у детей. Особенности изменений анализов крови и миелограммы.

46. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, профилактика, клинико-лабораторная диагностика. Методы исследования функции внешнего дыхания у детей.

47. Аллергический ринит у детей. Этиология, патогенез, клиника,

профилактика, лабораторная и инструментальная диагностика.

48. Атопический дерматит у детей. Этиология, патогенез, клиника, принципы терапии. Методы аллергологической диагностики у детей.

49. Иммунодефицитные состояния у детей. Клиническая и лабораторно-инструментальная диагностика.

50. Особенности иммунной системы в детском возрасте. Критические периоды онтогенеза.

51. Методы клинической и лабораторной диагностики при заболеваниях иммунной системы у детей.

52. Пиелонефриты у детей. Этиология, патогенез, классификация, профилактика, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

53. Гломерулонефриты у детей. Этиология, патогенез, классификация, прогноз, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

54. Дисметаболические нефропатии у детей. Этиология, патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

### **5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине**

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которою он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

### **Зачет**

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;
  - при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;
  - при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;
  - при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;
  - на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента.
- 3.4. Критерии сдачи зачета:
- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать

рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

### **Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов(II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

**Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):**

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

#### **Критерии и шкалы оценки тестового контроля:**

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Для оценки рефератов:**

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента

на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### **Для оценки презентаций:**

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

## Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических

			знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.
--	--	--	---

## **6. Перечень учебно-методической литературы**

### **6.1 Учебные издания:**

1. Педиатрия. История болезни [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-3716-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437162.html>

2. Педиатрия. Основы ухода за больными [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А.С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3703-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437032.html>

3. Питание здорового ребенка [Электронный ресурс] : руководство / Кильдиярова Р.Р. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3509-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html>

4. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс] : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-2648-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html>

5. Педиатрия: сборник тестовых заданий по педиатрии для студентов лечебного факультета : учебно-методическое пособие в 2 частях / Т.Н. Углева, Н.В. Трегуб. - Ч. I. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2405.html>

### **6.2 Методические и периодические издания**

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)

## **7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

## **8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине**

### **8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства**

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

### **8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:**

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru).

## **9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

### **Методические рекомендации для студентов**

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

### **Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины**

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К

самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает

соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, оттененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

### **Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ**

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;

- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;

- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов.

Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

### **Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний**

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

#### **Методические указания по подготовке к опросу**

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

### **Методические указания по подготовке к тестированию**

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

### **Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)**

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

**Раздел 10. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:**

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<b>Учебная аудитория</b> для проведения занятий лекционного ти-па, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации, оснащенная средствами обучения, оборудованием и техническими средствами, учебно-наглядными пособиями, образовательными, информационными ресурсами и иными материальными объектами, необходимыми для организации образовательной деятельности.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 2 этаж, кабинет № 25
2.	<b>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой</b> с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23
3.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет педиатра), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54,1 этаж ,кабинет педиатра
4.	Помещение для приобретения практических навыков (палата для выхаживания тяжелых недоношенных детей), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, палата для выхаживания тяжелых недоношенных детей,1 этаж, отделение новорожденных
5.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен).	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, учебный класс, 1 этаж
6.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет педиатра), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, кабинет

	определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	педиатра, 1 этаж
7.	Помещение для приобретения практических навыков (рентген-кабинет), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, рентген-кабинет, 1 этаж
8.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (лекционный кабинет), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен).	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, 2 этаж, лекционный зал
9.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен).	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, 2 этаж, учебный класс

## **11. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.**

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.