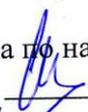


**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства и  
детства имени В.Н.Городкова» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
(ФГБУ «Ив НИИ МиД имени В.Н.Городкова Минздрава России)**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Зам директора по научной работе,  
д.м.н., проф.  /  
С.Б.Назаров /  
«20»  20 18 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**Государственной итоговой аттестации  
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре  
специальность 31.08.18 Неонатология**

Квалификация – врач неонатолог  
Форма обучения – очная  
Нормативный срок освоения – 2 года  
Зачетных единиц – 3  
Всего часов – 108 ч.

## **ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Программа Государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.18 – Неонатология разработана в соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ; Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности «Неонатология»; приказом Минобрнауки России от 18 марта 2016 г. №277 «Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки), приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры».

# **I. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ, СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

## **1.1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации**

**Цель** государственной итоговой аттестации – оценка сформированности компетенций, установление соответствия результатов освоения обучающимся программ ординатуры требованиям федеральных государственных образовательных стандартов, степени готовности обучающихся к конкретным видам профессиональной деятельности.

**Задачи** государственной итоговой аттестации:

- оценка готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к профессиональной деятельности в специальности врача неонатолога
- проверка сформированности у обучающихся универсальных и профессиональных компетенций

## **1.2. Место государственной итоговой аттестации в структуре программы ординатуры**

Государственная итоговая аттестация относится к Блоку 3 «Государственная итоговая аттестация» программы ординатуры, установленной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГСО ВО) по специальности 31.08. 18 –Неонатология

Государственная итоговая аттестация завершается присвоением квалификации врач - неонатолог

## **1.3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

**Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает** охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 1 месяца;
- родители (законные представители) пациентов;
- население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:**

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

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

**Универсальные компетенции (УК):**

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

**Профессиональные компетенции (ПК):**

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

**диагностическая деятельность:**

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

**лечебная деятельность:**

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

**реабилитационная деятельность:**

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

**психолого-педагогическая деятельность:**

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

**организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

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

#### **1.4. Структура государственной итоговой аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, по специальности «Акушерство и гинекология» предусматривает государственную итоговую аттестацию в виде подготовки к сдаче и сдачи государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

- 1) междисциплинарный тестовый контроль;
- 2) прием практических навыков;
- 3) собеседование.

## **II. ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Для проведения государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) и апелляций по результатам ГИА создаются государственные экзаменационные и апелляционные комиссии. Комиссии действуют в течение календарного года. Комиссии создаются по специальности «Неонатология». Состав комиссий утверждается не позднее, чем за месяц до начала ГИА. Государственная итоговая аттестация проводится на заседаниях государственной экзаменационной комиссии с участием не менее двух третей ее состава.

Проведение ГИА определяется календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

*Первый этап ГИА - подготовка к сдаче государственного экзамена (2 ЗЕ, 72 часа).*

Перед государственной итоговой аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ГИА.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам, вошедшим в программу ГИА. Обучающийся обязан прийти на консультацию перед экзаменом, чтобы, во-первых, узнать о возможных изменениях в ходе его проведения, а во-вторых, проконсультироваться у преподавателя по тем вопросам, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу последнего на консультацию необходимо приходить, уже изучив весь – или почти весь – требуемый материал (практически готовым к экзамену) и сформулировав вопросы к преподавателю.

К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план.

*Второй этап ГИА – сдача государственного экзамена (1 ЗЕ, 36 часов).*

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний

выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана по специальности «Неонатология». Каждый обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестовый контроль отводится 90 минут.

Прием практических навыков проводится для оценки практической профессиональной подготовки ординаторов по специальности «Неонатология» с помощью специально разработанных для каждого навыка оценочных листов по балльной системе, где 0 баллов – не выполнил, 1 – выполнил не полностью или с ошибкой, 2 – выполнил правильно; по сумме полученных баллов формируется итоговая оценка обучающегося. Оценка суммы баллов зависит от определенного вида практического навыка.

Собеседование проводится с целью определения сформированности профессиональных компетенций выпускника, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе ответа на контрольные вопросы и решения ситуационных задач. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в ответе на контрольные вопросы и использовании теоретической базы для решения ситуационных задач.

Экзаменационный билет включает в себя 3 контрольных вопроса и 1 ситуационную задачу.

Прием государственного экзамена оформляется протоколом на каждого обучающегося. В протоколе отражаются номер билета, общая характеристика ответа обучающегося.

На подготовку к ответу ординаторам предоставляется не менее 45 минут. В процессе ответа и после его завершения члены экзаменационной комиссии, могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена.

Протоколы заседаний государственных экзаменационных комиссий после проведения государственной итоговой аттестации хранятся в архиве учреждения.

### **III. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности по пятибалльной шкале.

#### **3.1. Критерии оценки междисциплинарного тестирования**

Отлично – доля правильных ответов ординатора составляет 91-100%.

Хорошо – доля правильных ответов ординатора составляет 81-90%.

Удовлетворительно – доля правильных ответов ординатора составляет 71-80%.

Неудовлетворительно – доля правильных ответов ординатора составляет 70% и менее.

#### **3.2. Критерии оценки практических навыков**

Отлично – ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

Хорошо - ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки),

которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

Удовлетворительно - ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем.

Неудовлетворительно - ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

### **3.4. Критерии оценки заключительного собеседования**

#### **Критерии оценки:**

**Оценка «отлично»** выставляется ординатору если продемонстрированы знание вопроса и самостоятельность мышления, ответ соответствует требованиям правильности, полноты и аргументированности.

**Оценка «хорошо»** выставляется ординатору при неполном, недостаточно четком и убедительном, но в целом правильном ответе.

**Оценка «удовлетворительно»** выставляется ординатору, если ответ неконкретный, слабо аргументирован и не убедительно, хотя и имеется какое-то представление о вопросе.

**Оценка «неудовлетворительно»** ставится, если ординатор отвечает неправильно, нечетко и неубедительно, дает неверные формулировки, в ответе отсутствует какое-либо представление о вопросе.

## **IV. ПРИМЕРЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

### **4.1. Примерные тестовые задания**

#### **1. КРИТЕРИЯМИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ:**

а) появление после 36 часов жизни, максимум на 3-4 сутки жизни, угасание после 10 суток жизни, максимальное значение общего билирубина, не более 205 мкмоль/л у доношенных детей, относительная доля прямого билирубина не более 10%, почасовой прирост билирубина менее 3,4 мкмоль/л/час

б) появление после 24 часов жизни, максимум на 2-5 сутки жизни, угасание после 25 суток жизни, максимальные значения общего билирубина, не более 285 мкмоль/л у доношенных детей

в) появление после 12 часов жизни, максимум на 2-3 сутки жизни, максимальное значение общего билирубина, не более 300 мкмоль/л у доношенных детей, относительная доля прямого билирубина не более 25%, почасовой прирост билирубина более 3,4 мкмоль/л/час

#### **2. ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ БИЛИРУБИНОВОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:**

а) диазепама

б) кортикостероидов

в) гепарина

г) гликозидов

#### **3. ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И УЛУЧШЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА ДОФАМИН ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ:**

а) 15 мкг/кг/мин

б) 7,5-10 мкг/кг/мин

в) 1,5-5 мкг/кг/мин

4. ДОНОШЕННОМУ РЕБЁНКУ НА 2 МИНУТЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ С СОХРАНЯЮЩИМСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ ЦИАНОЗОМ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ И ЧСС ПОКАЗАНО:

- а) дать 100% кислород
- б) начать вентиляцию мешком и маской
- в) начать тактильную стимуляцию
- г) наблюдение

5. В ГРУППУ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ СУРФАКТАНТА ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬСЯ:

- а) все новорожденные с признаками прогрессирующей дыхательной недостаточности
- б) дети рожденные на сроке гестации менее 27 недель при отсутствии полного курса антенатальной стероидной терапии,
- в) недоношенные дети, родившихся на 27-31 недели гестации с респираторными расстройствами
- в) недоношенные дети, потребовавшие проведения ИВЛ и агрессивной терапии кислородом

#### **4.2. Примерный перечень практических навыков**

1. Проведение полного комплекса первичных реанимационных мероприятий в родильном зале.
2. Интубация трахеи, введение сурфактанта.
3. Постановка пупочного катетера, контроль стояния.
4. Постановка глубокой венозной линии.
5. Клинический осмотр новорожденного ребенка.
6. Расчет программы инфузионной терапии и полного парентерального питания у новорожденного 4 суток жизни масса тела 1250.
7. Расчет программы энтерального и частичного парентерального питания у новорожденного 10 суток жизни.

#### **4.3. Примерные контрольные вопросы**

1. Особенности фармакокинетики лекарственных препаратов у новорожденных детей.
2. Нарушения ритма сердца в неонатальном периоде. Диагностика, лечение.
3. Гипоксические поражения ЦНС (церебральная ишемия, внутричерепные кровоизлияния). Этиология, клиника, диагностика, современные подходы к лечению.
4. Грудное вскармливание (10 принципов, противопоказания, методы стимуляции лактации)
5. Асфиксия новорожденного. Клиника. Диагностика. Первичная реанимационная помощь в родовом зале.
6. Выхаживание недоношенных детей. Методы вскармливания. Интенсивная терапия. Охранительный режим и развивающий уход
7. Первичная и реанимационная помощь новорожденным в родовом зале.
8. Особенности выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела.
9. Дифференциальный диагноз желтух неонатального периода.

#### **4.4. Примерные ситуационные задачи**

##### **Ситуационная задача №1**

Ребенок 3. родился от молодых родителей. Наследственность не отягощена, социальные условия удовлетворительные, родители курят. Беременность 2, желанная. Женщина в женской консультации наблюдалась с 15 недель гестации, посещала нерегулярно. Первый триместр беременности протекал без осложнений. Во втором триместре состояние удовлетворительное, АД – 110/55 мм рт.ст., легкая анемия (Hb-105г/л). Лечилась препаратами железа. Ан. мочи в норме. Уровень альфафетопротеина в крови в 17 недель гестации - норма. УЗС плода в 22 недели – физическое развитие

соответствовало сроку гестации, биофизический профиль плода 10 баллов, пороков развития не выявлено. В третьем триместре – перенесла легкое ОРЗ, лечилась домашними средствами. Признаков преэклампсии не отмечалось. УЗС в 35 недель – признаки ФПН.

Роды в срок 40 недель, самопроизвольные. Продолжительность родов -16 часов, 1 период-14 часов, второй-2 часа, потуги 30 минут. Безводный период 3 часа, воды светлые, количество – около 600 мл. Послед родился через 10 минут, плацента макроскопически не изменена.

Родился мальчик с массой тела 3000г, длиной – 52см, окружность головы – 36см, окружность груди – 34см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Состояние расценивалось как среднетяжелое по неврологической симптоматике, синдром угнетения. Ребенок приложен к груди в первые сутки, сосал вяло, докармливался из бутылочки. Срыгивал небольшим количеством неизмененного молока.

На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и темный стул. При осмотре состояние средней тяжести. Ребенок вялый, гиподинамия на фоне диффузной мышечной гипотонии. Рефлексы новорожденного ослаблены, быстро истощаются. Непостоянный тремор подбородка и рук. Б/р 2X2 см, не напряжен, не выбухает. Кожные покровы бледно-розовые с иктеричным оттенком. Слизистые чистые, влажные розовые. Дыхание ровное, над легкими пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот доступен пальпации, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, селезенка не пальпируется. Моча светлая, мочится достаточно. Отеков нет. Стул замазкообразный, очень темного цвета. Анализ крови 3 сутки жизни: Нв - 180г/л, Эр.- 5,2 Т/л, тромб.- 310 000, нормобласты 2 на 100 клеток, Л - 6,9 Г/л, П - 3%, С - 51%, Л - 38%, М - 8%. СОЭ – 2 мм/час. Нt - 36%

Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд. вес – 1007, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр, клетки плоского эпителия – единичные в п/зр.

Копрограмма: цвет – темно-зеленый, кровь - (+++), слизь – (++), лейкоциты – 0 – 1 в п/зр, йодофильная флора – (++)

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените течение родов.
3. Оцените физическое развитие новорожденного.
4. Выделите основные клинические синдромы.
5. Оцените результаты функциональных методов исследования.
6. Ваш предположительный диагноз.
7. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
9. Тактика наблюдения и ведения больного.

### **Ситуационная задача №2.**

Ребенок П. родился от 3-й беременности (1 – своевременные роды, ребенок здоров, 2- мед. аборт). На учете в женской консультации женщина состояла с 5 нед. гестации, посещала регулярно. Первый триместр протекал без осложнений, УЗС в 10 недель – без особенностей. Во втором - состояние удовлетворительное, АД – 100/60 мм рт.ст., угроза прерывания беременности в 20 недель. Лечение в стационаре. Ан. крови и мочи в норме. Уровень  $\alpha$ -фетопротеина в крови в 17 нед. гестации в норме. УЗС плода в 20 нед.– физическое развитие ниже соответствующего сроку гестации (ЗРП), выявлен врожденный порок сердца - транспозиция магистральных сосудов. Направлена на перинатальный консилиум, приняла решение пролонгировать беременность, получила направление на родоразрешение в родовспомогательное учреждение, имеющее лицензию на кардиохирургическую помощь. В третьем триместре – перенесла ОРЗ в легкой форме.

Роды в срок 37 нед., самопроизвольные. Продолжительность родов – 6 ч, 1 период - 5ч, 2 период – 1ч, потуги 10 мин. Безводный период 3 ч, воды светлые, количество – около 1200 мл. Послед родился через 10 мин.

Родился мальчик с массой 3250г, длиной – 49см, окружность головы – 36см, груди – 35см. Оценка по Апгар – 6/7 баллов. Оценка по шкале Даунса – 2 балла. Проведены первичные реанимационные мероприятия. Состояние тяжелое по основному заболеванию. Голова округлой формы, родовая опухоль средних размеров. Б/р 0,5x0,5 см, сагиттальный шов закрыт, напряжения и выбухания нет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, акроцианоз. Слизистые розовые. Пупочное кольцо без признаков воспаления, сосуды не пальпируются. Подкожно-жировой слой достаточно, распределен равномерно. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, частота дыхания 68 в мин. Над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке и вдоль левого края грудины, периодически систолодиастолический шум на основании больше слева. ЧСС 160 в минуту. Живот не вздут, мягкий. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул – меконий. Мочится, моча светлая. Половые органы по мужскому типу, яички в мошонке.

Анализ крови 1 сутки: Нв - 207г/л, Эр. – 5,0 Т/л, Нt – 60%, рет. - 7%, Л - 26,1 Г/л, Э - 0%, П - 9%,

С -67%, Л - 10%, М -14%, тромбоциты – 244 тыс.

Анализ мочи: цвет – с/ж, прозрачная, уд.вес – 1007, лейкоциты - 0-3 в п/зр., эритроциты – 3 п/зр., клетки плоского эпителия – ед. в п/зр.

ЭКГ – ЭОС отклонена вправо, ЧСС 168 в минуту. Признаки перегрузки правого желудочка.

Эхо-КГ: от левого желудочка отходит легочная артерия, от правого желудочка аорта, функционирует артериальный проток, дефекта межжелудочковой перегородки не визуализируется. Сократительная функция миокарда ЛЖ сохранена, полости сердца не увеличены.

Газовый состав крови- рН – 7,19, рСО<sub>2</sub> – 64,6, рО<sub>2</sub>- 27, 2, sat – 58%.

1. Оцените течение пренатального периода.
2. Оцените физическое развитие новорожденного.
3. Выделите основные клинические синдромы.
4. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
5. Ваш предположительный диагноз.
6. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
7. Тактика наблюдения и ведения больного.

## **V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### **5.1. Основная литература:**

*а) основная литература:*

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.
2. Базовая помощь новорожденному – международный опыт / под ред. Н. Н.Володина, Г. Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.
3. Современный взгляд на условия выхаживания новорожденных. Профилактика гипотермии, оптимизация воздействия звуков, света, тактильных ощущений: пособие

для врачей / Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина, А.Г. Антонов и др. – М.: ООО «Эники», 2010. – 56 с.

4. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении: метод. письмо / под ред. проф. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева, В.И. Широковой. – М., 2011. -66с.

5. Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям: метод. письмо / под ред. акад. РАН Н.Н. Володина, проф. Е.Н. Байбариной, академ. Г.Т. Сухих. – М., 2010. - 31с.

*б) дополнительная литература:*

1. Руководство по педиатрии. Т. Неонатология / под ред. Г.В. Яцык, Г.А. Самсыгиной. – М.: Издательский дом «Династия», 2006. – 464 с.

2. Последовательность выполнения основных манипуляций в неонатологической практике: метод. пособие / А.Д. Царегородцев, Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина и др. – Новосибирск: Сибирский успех, 2008; Партнеры Сибири, 2008. – 48 с.

3. Хазанов А.И. Клиническая неонатология. – СПб.: Гиппократ, 2009. – 424 с.

4. Недоношенные дети: учебное пособие для студентов педиатрических факультетов / под ред. Л.И. Ильенко, проф. Самыгиной Г.А. –М., 2007. -152с.

5. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни / Т.Г. Демьянова, Л.Я. Григорьянц, Т.Г. Авдеев и др. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006. – 148 с.

6. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 352 с.

7. Протокол ведения недоношенных детей с гемодинамически значимым функционирующим артериальным протоком / под ред. Акад. Н.Н. Володина, проф. Е.Н. Байбариной. –М., 2010. -28с.

8. Рациональное вскармливание недоношенных детей: методич. указ. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Союз педиатров России, 2010. – 72 с.

9. Ведение новорожденных с респираторным дистресс синдромом: метод. рекомендации / Под ред. академика РАН Н.Н. Володина. – М., 2014.

10. Избранные клинические рекомендации по неонатологии/ Под ред. Е.Н.Байбариной, Д.Н.Дегтярева. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. – 240с.

11. Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии/Под ред. Д.О.Иванов.- СПб.: Информ-Навигатор.- 2016. – 464с.

12. Современный взгляд на условия выхаживания новорожденных. Профилактика гипотермии, оптимизация воздействия звуков, света, тактильных ощущений: пособие для врачей / Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина, А.Г. Антонов и др. – М.: ООО «Эники», 2010. – 56 с.

13. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни / Т.Г. Демьянова, Л.Я. Григорьянц, Т.Г. Авдеев и др. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006. – 148 с.

14. Протокол ведения недоношенных детей с гемодинамически значимым функционирующим артериальным протоком / под ред. Акад. Н.Н. Володина, проф. Е.Н. Байбариной. –М., 2010. -28с.

15. Атласов В.О., Иванов Д.О., Года И.Б. Преждевременные роды и недоношенный ребенок в 22-27 недель гестации.: Практическое руководство ждя врачей. – СПб.- ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2012- 256с.

16. Особенности оказания медицинской помощи детям, родившимся в сроках гестации 22-27 недель/ Д.О.Иванов, О.Г.Капустина, Т.К.Мавропуло и др.: ред. Д.О.Иванов, Д.Н.Сурков. – СПб.: Информ- Навигатор, 2013. – 132с.

17. Ультразвуковая диагностика в неонатологии и педиатрии: дифференциально-диагностические критерии: практическое руководство/ Под ред. И.В.Дворяковского, Г.М.Дворяковской, 2 изд. – М.: «Атмосфера» 2012. – 172с.
18. Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина И.В. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии. – СПб.: «Нестор-История», 2006. – 272с.
19. Александрович Ю.С. Интенсивная терапия новорожденных. Руководство для врачей/ Ю.С.Александрович, К.В. Пшениснов. – СПб. : Издательство Н-Л, - 2013.- 672с.
20. Иванов Д.О., Евтюков Г.М. Интенсивная терапия и транспортировка новорожденных детей. – СПб.: Человек, 2009. – 612с.
21. Папаян А. В., Стяжкина Н.С. Неонатальная нефрология: руководство.- Спб: Питер.- 2002. – 448с.
22. А.В.Прахов. Неонатальная кардиология, Н-Новгород, - НижГМа.- 2008. – 387с.
23. А.С. Шарыкин. Перинатальная кардиология. Руководство для педиатров, акушеров, неонатологов. М.- «Волшебный фонарь», 2007. – 264с.
24. Ю.М. Белозеров. Детская кардиология / Ю.М.Белозеров – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 600.
25. Неонатальная неврология (коллективная монография) / Под ред. Студеникина В.М. и Шамансурова Ш.Ш.- М.- Медфорум.- 2014.- 480с.
26. Диагностика и комплексная реабилитация перинатальной патологии новорожденных детей, под редакцией профессора Г.В. Яцык, Москва, 2012
27. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения/ А.Ю.Раинер. 2 изд. – М.: БИНОМ.2005. – 368с.
28. Педиатрия: национальное руководство: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей: [гриф] УМО / А.А. Баранов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с. – Библиогр. в конце глав. (электронная версия).
29. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии с компакт-диском: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей: [гриф] УМО / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с. – Предм. указ.: с. 567-592.
30. Маланичев Т.Г. Рациональное питание ребенка первого года жизни. / Под ред. Маланичева Т.Г., Файзуллина Р.А. Зиятдинова Н.В., Денисова С.Н. – Казань. – Медицина. – 2011. – 240с.
31. Рюдигер М. Подготовка к выписке из стационара и организация амбулаторной помощи недоношенным детям/ М. Рюдигер. – М.: Мед. лит. , 2015. – 96с.
32. Принципы этапного выхаживания недоношенных детей/ Под ред. Л.С.Намазовой – Барановой. – М.: ПедиатрЪ , 2013. – 240с.

#### **в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

1. <http://www.nczd.ru/> - сайт ФГБНУ «Научный центр здоровья детей»
2. <http://pediatr-russia.ru/news/recomend> - федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям
3. <http://www.academypediatrics.ru/products> - Сайт Российской Академии педиатрии 4. <http://www.mma.ru> - Сайт ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ
5. <http://www.e-library.ru> – Научная электронная библиотека.
6. <http://www.femb.ru> - Сайт Федеральной электронной медицинской библиотеки МЗ РФ
7. <http://www.univadis.ru> - Информационно-образовательный портал для врачей
8. <http://www.studmedlib.ru> – Сайт «Консультант студента».
9. <http://www.pubmed> – Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке».

10. <http://www.rosmedlib.ru/cgi-bin/mb4> - Сайт Консультант врача. Электронная медицинская библиотека "Консультант врача"
11. <http://www.consilium-medicum.com> – Издание научной, справочной и периодической медицинской литературы.
12. <http://www.medpro> – Сайт «Медицина для профессионалов»
13. <http://grls.rosminzdrav.ru> -Сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
14. <http://portal.egisz.rosminzdrav.ru> - Портал оперативного взаимодействия участников Единой государственной информационной системы здравоохранения
15. <http://www.who.com> – Сайт ВОЗ.
16. <http://www.cdc.gov> – Сайт CDC.
17. <http://www.raspm.ru> - сайт Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины
18. <http://www.neonatology.pro> – Ассоциация неонатологов.
19. <http://www.medico.ru> — сайт последипломого образования врачей.
20. <http://www.medline.ru> – крупнейший сборник статей по медицинской тематике;
21. <http://www.rmj.ru> – интернет-версия русского медицинского журнала;
22. <http://www.ncagip.ru>;
23. <http://www.raspm.ru>;
24. <http://www.almazovcentre.ru>;

#### **VI. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:**

1. **Кабинеты:** учебные комнаты- 2, симуляционно-тренинговый центр – 1
2. **Лаборатории:** нет
3. **Мебель:** столы, стулья.
4. **Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи:**
  - Тренажер для интубации трахеи у новорожденного производство Laerdal Medical AS (Норвегия)
  - Имитатор пациента SimNewB Advanced производство Laerdal Medical AS (Норвегия)
  - Имитатор пациента SimBaby в комплекте с Расширенной видеосистемой AVS для имитатора пациента производство Laerdal Medical AS (Норвегия)
  - Манекен недоношенного новорожденного (28 нед.) ПРЕМАТУР для отработки расширенных навыков СЛР, ухода за детьми, лечения неотложных состояний в неонатологии, производство Gaumard Scientific, США
5. **Медицинское оборудование** (для отработки практических навыков):
  - Насос перфузионный Перфузор компакт С производство В. Braun Melsungen AG. (Германия)
  - Система реанимационная открытая для ухода за новорожденными Ampla 2085 производство Fanem Ltda. (Бразилия)
  - Инкубатор реанимационный для новорожденных и детей модели 1186 с принадлежностями производство Fanem Ltda. (Бразилия)
6. **Аппаратура, приборы:**
  - Монитор пациента Goldway G, исполнения G30 производство "Шенжень Голдвей Индастриал, Инк.", КНР/"Филипс Медикал Системс Нидерланд Б.В.", Нидерланды
  - Аппарат дыхательный LEONI PLUS производство Heinen + Lowenstein GmbH (Германия)
  - Система подачи постоянного положительного носового давления ARABELLA с принадлежностями производство HAMILTON MEDICAL AG (Швейцария)
  - Инкубатор для новорожденных Dual Incu I производство Atom Medical Corporation (Япония)
  - Укладка для оказания первой медицинской помощи HAN-LIFE PAEDI производство Wero-medical Werner Michallik GmbH & Co. KG (Германия)

**7. Технические средства обучения** - персональные компьютеры с выходом в Интернет (4), мультимедиа, аудио- и видеотехника, расширенная видеосистема AVS для имитатора пациента производство Laerdal Medical AS (Норвегия), ноутбук “Samsung” NP 300V 5A-S17RU, телевизор LED40 “Samsung”