Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 30.01.2026 16:44:33
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0a3de679484a4c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
_____ /Т.А. Шуматова/
«28» апреля 2025г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б2.О.01(П) Клиническая практика

Специальность	31.08.18 Неонатология
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере неонатологии)
Форма обучения	Очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	педиатрии

Владивосток – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности ***31.08.18 Неонатология***, направленности 02 Здравоохранение в сфере неонатологии **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/eif/31.08.18_Neonatologiya(4).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	**Виды контроля**	**Оценочные средства**
		Форма
1	**Текущий контроль**	**Вопросы для собеседования**
		Миникейсы
		Чек-листы
2	**Промежуточная аттестация**	

3. Содержание оценочных средств текущего контроля и промежуточной аттестации

Текущий контроль и промежуточная аттестация осуществляются преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: оценочное средство 1: вопросы для собеседования; оценочное средство 2: миникейсы; оценочное средство 3: чек-листы.

Оценочные средства для текущего контроля и промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация проводится в виде зачёта с оценкой.

Оценочное средство 1

Вопросы для собеседования:

1. Организация помощи новорожденным в физиологическом родильном доме.
2. Структура физиологического родильного дома (режим работы, оснащение и оборудования, штатное расписание детского отделения, функциональные обязанности неонатолога).
3. Особенности осмотра новорожденного ребенка в родильном блоке (оценка антропометрических данных, особенности оценки общего состояния новорожденного, органов и систем).
4. Основные правила ухода за новорожденным ребенком в родильном блоке (первичный туалет новорожденного, профилактика гонобленореи, перевязка и обработка пуповины, первое прикладывание к груди, показания к переводу ребенка в физиологическое отделение). Неонатальный скрининг. Вакцинопрофилактика.
5. Структура и организация работы в отделении новорожденных (физиологическое отделение, обсервационное отделение, организация помещений для сбора и хранения грудного молока).
6. Грудное вскармливание новорожденного ребенка, основные правила ухода за новорожденным ребенком в палате новорожденных, объем клинического обследования новорожденного ребенка в условиях родильного дома.

7. Постнатальная адаптация и пограничные с нормой состояния (эндокринной, нервной, ССС, органов дыхания, мочевыделительной, желудочно-кишечного тракта, системы гемостаза, гемопоэза, иммунной; особенности метаболизма).

8. Организация и оказание помощи новорожденным детям с различной патологией перинатального периода в условиях стационара.

9. Организация диагностического и лечебного процесса в отделении патологии новорожденных (структура, оснащение, оборудование, штаты, показания перевода детей из роддома в отделение патологии новорожденных, порядок приема детей из роддома в отделение, правило ведения медицинской документации, особенности составления статистических и аналитических отчетов, санитарно-эпидемиологический режим и профилактика госпитальных инфекций).

10. Инфекционная патология перинатального периода (трансплацентарные вирусные инфекции, паразитарные заболевания, грибковые инфекции; бактериальный сепсис и гнойные менингиты, перинатальная патология мочевыделительной системы; нарушения функции печени).

11. Наиболее распространенные генетические и хромосомные заболевания перинатального периода (частота встречаемости, особенности семейного анамнеза, результаты пренатальной диагностики, данные клинического осмотра новорожденного, типичные признаки хромосомных аномалий).

12. Принципы обследования детей с подозрением на генетические и хромосомные заболевания.

13. Врожденные нарушения метаболизма и эндокринные заболевания (нарушения обмена аминокислот, углеводов, мочевины).

14. Нарушения функции надпочечников.

15. Нарушение функций щитовидной железы.

16. Гематологические проблемы у новорожденных

17. Физиология кроветворения в периоде новорожденности.

18. Анемия у недоношенных детей.

19. Наиболее частые причины патологического снижения уровня гемоглобина у новорождённых.

20. Острая кровопотеря анте- и интранатальная.

21. Острая постнатальная кровопотеря.

22. Иммунные формы гемолитической болезни новорожденных

23. Неиммунные наследственные гемолитические анемии:

24. Нарушение структуры мембраны эритроцитов.

25. Анемии, связанные с дефектами клеточного метаболизма.

26. Гемоглобинопатии.

27. Острый токсический гемолиз при инфекционных заболеваниях.

28. Острый гемолиз при ДВС- синдроме.

29. Гемолитическая анемия вследствие дефицита витамина Е.

30. Гемолитическая анемия при микроангиопатиях.

31. Гемолитическая анемия Блэкфана-Даймонда.

32. Врожденная лейкемия.

33. Лейкемические реакции при инфекционных заболеваниях.

34. Гематологические нарушения, связанные с лекарственной терапией.

35. Физиология и патофизиология свертывающей системы крови в периоде новорожденности (причины повышенной кровоточивости).

36. Тромбоцитопения.

37. Полицитемия.

38. Использование препаратов донорской крови у новорожденных.

39. Клинико - лабораторные и инструментальные методы обследования.

40. Лабораторные методы обследования (принципы выполнения и нормативы).

41. Электрофизиологические исследования (особенности выполнения и их информативность у новорожденных).
42. Рентгенологические исследования (особенности выполнения и их информативность у новорожденных)
43. Ультразвуковые методы исследования (особенности выполнения и их информативность у новорожденных).
44. Оказание помощи новорожденным детям с перинатальной патологией в родильном доме.
45. Асфиксия новорождённого.
46. Реанимация и стабилизация состояния новорождённых детей в родильном зале.
47. Шок у новорожденных детей.
48. Выхаживание и интенсивная терапия в периоде ранней постнатальной адаптации.
49. Специфика ведения новорожденных с гипербилирубинемией.
50. Особенности билирубинового обмена у новорожденных различного гестационного возраста (этиология и классификация гипербилирубинемии, токсические свойства билирубина, патогенез билирубинового поражения головного мозга).
51. Клиника билирубиновой энцефалопатии, лечение гипербилирубинемии.
52. Оказание помощи недоношенным детям на различных этапах выхаживания. Особенности развития недоношенных детей. Лечебно – охранительный режим.
53. Медицинские проблемы, связанные с недоношенностью.
54. Анатомо-физиологические особенности недоношенных различного гестационного возраста.
55. Особенности течения периода ранней постнатальной адаптации у недоношенных.
56. Специфические нарушения со стороны органов дыхания, ЦНС, органов кровообращения, ЖКТ, мочевыделительной системы, метаболические нарушения, иммунологические нарушения, гематологические, офтальмологические нарушения, нарушения терморегуляции.
57. Принципы выхаживания недоношенных детей. Методы выхаживания и ухода, в том числе, развивающего.
58. Принципы пренатальной диагностики состояний, угрожающих плоду и новорожденному.
59. Принципы антенатальной УЗИ – диагностики задержки внутриутробного развития (оценка двигательной активности плода, биофизический профиль плода, контроль за состоянием плода во время родов).
60. Современные методы выявления специфических заболеваний плода (определение уровня α-фетопротеина в сыворотке крови беременных женщин, исследование околоплодных вод, информативность исследования крови и плода).
61. Оказание помощи больным и недоношенным детям в условиях специализированного родильного дома.
62. Структура и функция специализированного родильного дома и перинатального центра.
63. Методы пренатального выявления факторов риска развития у ребенка асфиксии, родовой травмы, СДР, ВЖК, ГБН, инфекционных заболеваний, пороков развития.
64. Тактика ведения новорожденных от женщин с сахарным диабетом.
65. Тактика ведения новорождённых от женщин с заболеваниями щитовидной железы.
66. Тактика ведения новорожденных от женщины из других групп «беременных высокого риска».
67. Помощь детям с нарушением функции внешнего дыхания.
68. Основные причины нарушения дыхания у новорожденных.
70. Клинико-лабораторная диагностика причин нарушения дыхания.
71. Тактика ведения детей при СДР.
72. Дыхание с постоянным положительным давлением в конце выдоха.

73. Искусственная вентиляция легких показания проведения (техника проведения, типы аппаратов, стартовые режимы, особенности ухода за новорожденными, получающими ИВЛ, особенности проведения ИВЛ при различной патологии неонатального периода, осложнения ИВЛ).
74. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных (принцип организации отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей).
75. Физиология терморегуляции новорождённого ребёнка (клинические последствия переохлаждения и перегревания ребенка).
76. Основные принципы питания новорожденных, находящихся в критическом состоянии.
77. Закономерности роста плода и новорожденных (потребности в питательных веществах и энергии). Методы оценки физического развития.
78. Источники питания доношенных и недоношенных новорожденных детей (женское молоко, искусственные смеси).
79. Методы вскармливания новорожденных детей (из бутылочки, зондовое питание, парентеральное питание).
80. Нарушение метаболизма у новорожденных (гипогликемия, гипергликемия, гипокалиемия, гиперкалиемия, гипонатриемия, гипернатриемия, гипокальциемия, гиперкальциемия, гипермагнеземия).
81. Задачи и функции выездной бригады реанимации новорожденных (особенности транспортировки новорожденных с различной патологией).
82. Родовые повреждения костной системы у новорождённых требующие хирургического вмешательства (переломы, пороки развития).
84. Состояния, требующие экстренного хирургического вмешательства (незаращение неба и верхней губы, опухоли ротовой полости и глотки, атрезия пищевода и трахеоэзофагальный свищ, диафрагмальная грыжа, кишечная непроходимость, омфалоцеле, гастрошизис, задержка отхождение мекония, пороки развития ануса, паховые грыжи).
85. Заболевания мочевыделительной системы, требующие хирургической помощи, дифференциальный диагноз (тромбоз почечной вены, экстрофия мочевого пузыря, опухоли).
86. Основные этапы развития ЦНС в онтогенезе.
87. Анатомо-физиологические особенности ЦНС новорожденных с различным сроком гестации.
88. Основные принципы клинического неврологического обследования новорожденного.
89. Нарушения функции ЦНС у новорожденных различного гестационного возраста.
90. Перинатальные повреждения ЦНС гипоксически-ишемического характера (факторы риска, возможности диагностики, классификация, клиника, тактика ведения в остром, в восстановительном периодах, отдаленный прогноз).
91. Перинатальные травматические повреждения ЦНС (экстракраниальные кровоизлияния, кефалогематома, переломы черепа, интракраниальные кровоизлияния; контузия мозга, мозжечка; повреждения спинного мозга, повреждение периферической нервной системы).
92. Перинатальные повреждения ЦНС, вызванные инфекциями (трансплацентарные вирусные и паразитарные инфекции, бактериальные менингиты и менингоэнцефалиты, грибковые менингоэнцефалиты).
93. Неонатальные судороги.
94. Принципы реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС.
95. Пороки развития ЦНС (типы пороков, гипертрофии, дефекты развития ликворной системы в сочетании с гидроцефалией).
96. Врожденные пороки сердца, диагностика, клиника, ведение новорождённых детей.
97. Миокардиты.
98. Функциональная диагностика и нейросонография в неонатологии (электрокардиография).
99. Нарушения ритма сердца у новорожденных.

100. Формализация и стандартизация данных оценки психомоторного развития ребенка (шкала Дубовитца, шкала Бразельтон, Денверская шкала).
101. Принципы реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС (физические методы, медикаментозная терапия, диспансерное наблюдение)
102. Нейроэндокринные влияния в системе «мать-плацента-плод».
103. Особенности иммунитета новорожденных различного гестационного возраста в периоде ранней постнатальной адаптации.
104. Перинатальная патология мочевыделительной системы у новорожденных.
105. Острая почечная недостаточность у новорожденных.
106. Печеночная недостаточность у новорожденных.
107. Врожденная лактазная недостаточность.
108. Острая надпочечниковая недостаточность.
109. Дифференциальная диагностика причин кровотечения у новорожденных.
110. Дети с признаками задержки внутриутробного развития, тактика ведения на разных этапах оказания помощи новорождённым детям.
111. Заболевания ЖКТ у новорожденных.
112. Становление микробиоты ЖКТ у новорожденных.
113. Классификация молочных смесей.
114. Особенности антибактериальной терапии новорожденных.
115. Фармакотерапия новорожденных.
116. Немедикаментозные методы терапии новорожденных.

Оценочное средство 2.

Ситуационная задача № 1 по клинической практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология
К	ОПК-8 ПК-1 ПК-2 ПК-5	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8) Способен провести клиническую диагностику и обследование новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале) (ПК-1). Способен оказать медицинскую помощь новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале (ПК-2). Способен организовывать и проводить профилактические медицинские мероприятия по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительскую работу по сохранению их здоровья (ПК-5).
Ф	A/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	A/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	A/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
Ф	A/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился

		ребѐнок с массой 3250 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребѐнка на первой минуте тяжѐлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
В	2	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах.
В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка, а также возможные последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
В	5	Определите организационные мероприятия в случае рождения вне медицинской организации ребенка, не нуждающегося в интенсивном лечении. В каком случае и как следует провести профилактику столбняка?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 1 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ОПК-8 ПК-1 ПК-2 ПК-5	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения (ОПК-8) Способен провести клиническую диагностику и обследование новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале) (ПК-1). Способен оказать медицинскую помощь новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале (ПК-2). Способен организовывать и проводить профилактические медицинские мероприятия по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительскую работу по сохранению их здоровья (ПК-5).
Ф	A/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	A/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	A/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
Ф	A/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик родился от матери 23 лет. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные в 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился ребѐнок с массой 3250 г, ростом 50 см с двойным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, абсолютно короткой пуповиной. Состояние ребѐнка на первой минуте тяжѐлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 120 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э		Асфиксия новорождённого, умеренная. Диагноз поставлен на основании данных течения родов (обвитие пуповины во-

		круг шеи новорождѐнного), клинических проявлений (состояние тяжѐлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён и обоснован верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но при его обосновании учтены не все критерии. Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён и обоснован неверно.
В	2	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах.
Э	-	Выполнена оценка состояния новорождённого по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни, на 10-й минуте (при оценке по шкале Апгар на 5-й минуте менее 4-х баллов). Выполнена НСГ не позднее 72 часов от момента рождения. Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения НСГ. Выполнена повторная НСГ не позднее 96 часов от проведения предыдущей. Выполнен клинический анализ крови (развёрнутый) не позднее 24 часов после рождения. Выполнен анализ крови биохимический не позднее 24 часов после рождения (глюкоза, лактат, мочевина, калий, натрий, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции). Выполнено исследование КОС крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов. Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний). Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная ИВЛ и/или ИВЛ (при наличии медицинских показаний).
Р2	отлично	Ответ полный, указаны все критерии качества.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ неполный, не указаны 2-3 критерия. Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, не указана половина критериев.
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка, а также возможные последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.
Э	-	Общими принципами лечения асфиксии новорождѐнного ребѐнка являются проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений. Тяжѐлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лѐгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.
Р2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
Э	-	Ребѐнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей, тактильная стимуляция, ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорождѐнного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворитель-	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы

	но	не отвечает
Р0	неудовлетво-рительно	Ответ дан полностью неверно.
В	5	Определите организационные мероприятия в случае рождения вне медицинской организации ребенка, не нуждающегося в интенсивном лечении. В каком случае и как следует провести специфическую профилактику столбняка?
Э	-	В случае рождения вне медицинской организации ребенка, не нуждающегося в интенсивном лечении, он, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология» переводится в медицинскую организацию акушерского профиля для оказания медицинской помощи в стационарных условиях. При родах вне медицинского учреждения (без участия медицинского работника) проводят экстренную специфическую профилактику столбняка. Новорожденным, родившимся от матерей, иммунный статус которых соответствует следующим положениям: - детям и подросткам, имеющим документальное подтверждение о проведении плановых профилактических прививок в соответствии с возрастом, независимо от срока, прошедшего после очередной прививки; - взрослым людям, имеющим документальное подтверждение о проведенном полном курсе иммунизации не более 5 лет назад; - лицам, имеющим, по данным экстренного иммунологического контроля, титр столбнячного антитоксина в сыворотке крови выше 1:160 по данным РПГА, что соответствует титру выше 0,1 МЕ/мл по данным биологической реакции нейтрализации - РН (защитный титр), экстренную профилактику не проводят. Всем остальным новорожденным, родившимся вне стационара, вводят 250 МЕ ПСЧИ или (при отсутствии ПСЧИ) - 3000 МЕ ПСС. Провести профилактику необходимо в течение 20-ти дней. Перед введением ПСС в обязательном порядке ставят внутрикожную пробу с лошадиной сывороткой, разведенной 1:100, для определения чувствительности к белкам сыворотки лошади (ампула маркирована красным цветом). Для постановки пробы используют индивидуальную ампулу, а также стерильные шприцы с делениями на 0,1 мл и тонкую иглу. Разведенную 1:100 сыворотку вводят внутрикожно в сгибательную поверхность предплечья в объеме 0,1 мл. Учет реакции проводят через 20 минут. Проба считается отрицательной, если диаметр отека или покраснения на месте введения меньше 1,0 см. Проба считается положительной, если отек или покраснение достигают в диаметре 1,0 см и более. При отрицательной кожной пробе ПСС (из ампулы, маркированной синим цветом) вводят подкожно в объеме 0,1 мл. При отсутствии реакции через 30 минут, вводят стерильным шприцем остальную дозу сыворотки. В течение этого времени вскрытая ампула с ПСС должна быть закрыта стерильной салфеткой. Лицам с положительной реакцией на внутрикожное введение 0,1 мл разведенной 1:100 лошадиной сыворотки или имевшим реакцию на подкожное введение 0,1 мл ПСС, дальнейшее введение ПСС противопоказано. В медицинской документации необходимо зафиксировать проведение специфической профилактики столбняка.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетво-рительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	…

Ситуационная задача № 2 по клинической практике

	Код	Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Неонатология
К	ПК-1 ПК-2	готовность к (ПК-1): проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале). готовность к (ПК-2): оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале.
Ф	A/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	A/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	A/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
Ф	A/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Доношенный мальчик от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместрах, хронической фетоплацетарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась медицинским абортом без осложнений, вторая - спонтанным абортом на сроке 18 недель. Роды первые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды зелёные. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
В	2	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах.
В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка.
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
В	5	Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 2 по клинической практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-1 ПК-2	готовность к (ПК-1): проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале). готовность к (ПК-2): оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале.
Ф	A/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и не-

		доношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
Ф	А/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Доношенный мальчик от третьей беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместрах, хронической фетоплацетарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась медицинским абортом без осложнений, вторая - спонтанным абортом на сроке 18 недель. Роды первые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды зелёные. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э		Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Асфиксия новорождённого, тяжёлая. Диагноз выставлен с учётом данных анамнеза: тяжѐлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощѐнным акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжѐлой хронической фетоплацентарной недостаточности; Особенностей течения родов: отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорожденного ребѐнка, оперативные роды, зелёные околоплодные воды; данных оценки состояния новорождённого после рождения: оценка по шкале Апгар 1 балл.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён и обоснован верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но при его обосновании учтены не все критерии. Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён и обоснован неверно.
В	2	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах.
Э	-	Выполнена оценка состояния новорождённого по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни, на 10-й минуте (при оценке по шкале Апгар на 5-й минуте менее 4-х баллов). Выполнена НСГ не позднее 72 часов от момента рождения. Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения НСГ. Выполнена повторная НСГ не позднее 96 часов от проведения предыдущей. Выполнен клинический анализ крови (развёрнутый) не позднее 24 часов после рождения. Выполнен анализ крови биохимический не позднее 24 часов после рождения (глюкоза, лактат, мочевина, калий, натрий, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции). Выполнено исследование КОС крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов. Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний). Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная ИВЛ и/или ИВЛ (при наличии медицинских показаний).

Р2	отлично	Ответ полный, указаны все критерии качества.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ неполный, не указаны 2-3 критерия. Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, не указана половина критериев.
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка.
Э	-	Общими принципами лечения асфиксии новорождѐнного ребѐнка являются проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.
Р2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
Э	-	Ребѐнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей электроотсосом посредством интубации трахеи, ИВЛ мешком Амбу через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, с последующей лекарственной терапией: для поддержания ОЦК - введение физиологического раствора в вену пуповины, при сохраняющейся брадикардии – введение адреналина. На 10-й минуте жизни оценка наличия у ребёнка критериев для проведения терапевтической гипотермии.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
В	5	Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.
Э	-	Тяжѐлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лѐгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 3 по клинической практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология

К	ОПК-2	готовность к (ОПК-2) применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ОПК-4	готовность к (ОПК-4) проведению клинической диагностики и обследования пациентов
	ОПК-5	готовность к (ОПК-5) назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-1	готовность к (ПК-1): проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале).
	ПК-2	готовность к (ПК-2): оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале.
	ПК-3	готовность к (ПК-3) проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза
	ПК-4	готовность к (ПК-4) проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей
Ф	А/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В отделении реанимации новорожденных недоношенная девочка с дыхательными нарушениями до 3-4 баллов по шкале Сильвермана переведена на респираторную терапию методом высокочастотной осцилляторной вентиляции легких (ВЧОВЛ). **Анамнез жизни.** Маме 29 лет. Беременность 2-я, роды 2-е, преждевременные, оперативные путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод на 34 неделе). В родзале проведено отсроченное пережатие пуповины. Масса тела при рождении - 1820 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях), дополнительная дотация кислорода до 30%. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлена в ОРИТН. **Объективный статус** Возраст - 40 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ВЧОВЛ. Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧСС 150/мин, SpO2 - 92%, АД 62/36 (40). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность снижены, рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Вибрация достаточная. Осцилляции проводится равномерно во все отделы легких, дыхание ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, селезен-

		ка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы не полностью прикрывают малые. Не мочилась. **Гинекологический и акушерский анамнез матери.** Гинекологические заболевания мать отрицает. Акушерский анамнез: 1 беременность - срочные роды, девочка, здорова; 2 беременность - данная, наступила самостоятельно. Течение настоящей беременности: наблюдалась в ЖК. 1 триместр: без особенностей. Скрининг в норме. 2 триместр: в 20 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по месту жительства; 3 триместр: в 30 недель - установлен акушерский пессарий; в 33 недели - проведена профилактика респираторного дистресс синдрома плода; в 33-34 недели - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
В	2	Укажите критерии постановки диагноза «Респираторный дистресс синдром новорожденного».
В	3	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при РДСН.
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
В	5	Обозначьте показания для перевода новорождённого с неинвазивной искусственной вентиляции легких на традиционную искусственную вентиляцию легких.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 3 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции /название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ОПК-2	готовность к (ОПК-2) применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ОПК-4	готовность к (ОПК-4) проведению клинической диагностики и обследования пациентов
	ОПК-5	готовность к (ОПК-5) назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-1	готовность к (ПК-1): проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале).
	ПК-2	готовность к (ПК-2): оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале.
	ПК-3	готовность к (ПК-3) проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза
	ПК-4	готовность к (ПК-4) проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей
Ф	А/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).

Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В отделении реанимации новорожденных недоношенная девочка с дыхательными нарушениями до 3-4 баллов по шкале Сильвермана переведена на респираторную терапию методом высокочастотной осцилляторной вентиляции легких (ВЧОВЛ). **Анамнез жизни.** Маме 29 лет. Беременность 2-я, роды 2-е, преждевременные, оперативные путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод на 34 неделе). В родзале проведено отсроченное пережатие пуповины. Масса тела при рождении - 1820 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях), дополнительная дотация кислорода до 30%. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлена в ОРИТН. **Объективный статус** Возраст - 40 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ВЧОВЛ. Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧСС 150/мин, SpO2 - 92%, АД 62/36 (40). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность снижены, рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Вибрация достаточная. Осцилляции проводится равномерно во все отделы легких, дыхание ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень + 1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы не полностью прикрывают малые. Не мочилась. **Гинекологический и акушерский анамнез матери.** Гинекологические заболевания мать отрицает. Акушерский анамнез: 1 беременность - срочные роды, девочка, здорова; 2 беременность - данная, наступила самостоятельно. Течение настоящей беременности: наблюдалась в ЖК. 1 триместр: без особенностей. Скрининг в норме. 2 триместр: в 20 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по месту жительства; 3 триместр: в 30 недель - установлен акушерский пессарий; в 33 недели - проведена профилактика респираторного дистресс синдрома плода; в 33-34 недели - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э		Основное заболевание: Респираторный дистресс-синдром новорожденного, средней степени тяжести. Сопутствующее заболевание: Недоношенность 34 недели. ННМТ. Диагноз РДСН средней степени: выставлен на основании данных анамнеза

		(преждевременные роды на 34 неделе; родоразрешение путём операции кесарево сечение; наличие дыхательных нарушений с первых минут жизни, потребовавшее проведения респираторной терапии CPAP, потребности в дополнительной дотации кислорода до 30%), объективного статуса (состояние тяжёлое за счёт дыхательных нарушений, недоношенности; оценка по шкале Сильвермана 3-4 балла, необходимость в респираторной поддержке (ВЧОВЛ), дополнительной дотации кислорода до 30%). Диагноз недоношенность 34 недели, ННМТ: выставлен на основании анамнеза: беременность протекала с угрозой прерывания во 2-м и 3-м триместрах, роды преждевременные оперативные путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод на 34 неделе). Масса тела при рождении - 1820 г.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён и обоснован верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но при его обосновании учтены не все критерии. Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён и обоснован неверно.
В	2	Укажите критерии постановки диагноза «Респираторный дистресс синдром новорожденного».
Э	-	Диагноз РДСН устанавливается на основании: 1. Анамнестических данных: предрасполагающие факторы (развитие РДС у сибсов; гестационный диабет и сахарный диабет 1-ого типа у матери; гемолитическая болезнь плода; преждевременная отслойка плаценты; преждевременные роды; мужской пол плода при преждевременных родах; кесарево сечение до начала родовой деятельности; асфиксия новорожденного) 2. Физикального обследования: наличие дыхательных нарушений (экспираторные шумы («стонущее дыхание»), втяжение уступчивых мест, участие вспомогательных мышц и раздувание крыльев носа) 3. Инструментального обследования: характерные изменения на рентгенограмме органов грудной клетки (диффузное снижение прозрачности легочных полей вплоть до «белых легких», ретикулогранулярный рисунок и полоски просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма).
Р2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает. Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при РДСН.
Э	-	1. Выполнено проведение визуального осмотра терапевтического. 2. Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы из стерильных и нестерильных локусов (слизи с миндалин и задней стенки глотки, фаринготрахеального аспирата, фекалий/ректального мазка и др.), микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность с определением чувствительности к антибактериальным препаратам.

		3. Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови не ранее 12 часов жизни. 4. Выполнено исследование общего (клинического) анализа крови развернутого, расчет нейтрофильного индекса. 5. Выполнено исследование кислотно - основного состояния (КОС) и газов крови, уровня молочной кислоты в крови, уровня глюкозы крови. 6. Выполнено измерение частоты сердцебиения и определение степени насыщения кислородом гемоглобина в непрерывном режиме с рождения. 7. Проведен суточный прикроватный мониторинг жизненных функций и параметров (ЧСС, ЧД, АД, SpO2, температура тела, диурез. 8. Выполнены нейросонография (НСГ), эхокардиография (ЭХОКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (комплексное), почек и надпочечников. 9. Проведена респираторная терапия в условиях родильного зала новорожденным с ГВ 32 недели и менее и при наличии дыхательных нарушений более 3х баллов по шкале Сильверман-Андерсен новорожденным с ГВ более 32 недель. 10. Проведена интубация трахеи и при неэффективности СРАР и неинвазивной ИВЛ. 11. Проведено эндотрахеальное введение легочного сурфактанта. 12. Назначены препараты производные ксантина. 13. Выполнено отсроченное пережатие пуповины и пересечение пуповины спустя 60-120 сек при отсутствии необходимости в немедленном оказании помощи матери или ребенку.
Р2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ неполный, не указаны 2-3 критерия. Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, не указана половина критериев.
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
Э	-	Реанимационные мероприятия в родильном зале с соблюдением тепловой цепи. Начальная респираторная терапия СРАР через лицевую маску, при неэффективности перевод на ИВЛ. Перевод новорожденного в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных при помощи транспортного кувеза. Проведение в отделении неинвазивного ИВЛ, смена респираторной поддержки по показаниям, под контролем кислотно-основного состояния. Проведение сурфактант-терапии по показаниям (контроль рентгенографии легких). Назначение парентерального (белки – аминовен инфант, жиры - смофлипид, углеводы – глюкоза; электролиты по показаниям) и энтерального питания (сцеженное грудное молоко / адаптированная молочная смесь). Назначение антибактериальной терапии при наличии показаний (присутствие маркеров воспаления в клиническом и биохимическом анализе крови (лейкоциты, нейтрофильный индекс, СОЭ, СРБ, ПКТ); Общий анализ мочи; Наличие возбудителей в посевах (кровь, лаважная жидкость, моча)
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные во-

		просы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
В	5	Обозначьте показания для перевода с неинвазивной искусственной вентиляции легких на традиционную искусственную вентиляцию легких.
Э	-	Показания для перевода с неинвазивной ИВЛ на традиционную ИВЛ: • PaCO > 60 мм рт. ст., FiO > 0,4 • Оценка по шкале Сильверман 3 и более баллов. • Апноэ, повторяющиеся более 4 раз в течение часа. • Синдром утечки воздуха, судороги, шок, легочное кровотечение.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 4 по клинической практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза ПК-4 Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	Ребёнок С. от четвёртой беременности, первых родов. Настоящей беременности предшествовали медицинский аборт, выкидыш на сроке 12 недель, преждевременные роды на 24 неделе беременности (ребёнок погиб на 2 сутки жизни). В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода – 4 часа 20 минут, 2 периода – 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 28 недель беременности с массой тела 1300 г, длиной 38 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювез, продолжена CPAP воздухом, начатая в родильном зале. Сурфактант не вводился. При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлексы орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу. Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом,	

		легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошёл в родильном зале. Через 18 часов: сатурация 82–88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрёберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов апноэ за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO2 до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 110–120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч. Общий анализ крови: Hb – 192 г/л; эритроциты – 4,4×1012/л; средний объём эритроцитов – 99 фемтолитров; лейкоциты – 11,4×109/л, формула: эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 10%; тромбоциты – 189×109/л, ретикулоциты – 35%. Уровень С-реактивного белка – норма. Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикуло-гранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами. Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH – 7,27, BE – 9,3, pCO2 – 68 мм рт. ст., pO2 – 37 мм рт. ст. Глюкоза сыворотки крови – 2,1 ммоль/л.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
В	2	Проанализируйте, какие факторы риска имелись в анамнезе у ребёнка, и к какой патологии они могли привести?
В	3	Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку.
В	4	Определите тактику в случаях проведения длительной искусственной вентиляции легких (более 6 суток) новорожденному в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии медицинской организации акушерского профиля.
В	5	Проведите анализ, к какой группе здоровья будет относиться данный ребёнок, дайте рекомендации по оценке его физического развития?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 4 по клинической практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза ПК-4 Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Ребёнок С. от четвёртой беременности, первых родов. Настоящей беременности предшествовали медицинский аборт, выкидыш на сроке 12 недель, преждевременные роды на 24 неделе беременности (ребёнок погиб на 2 сутки жизни). В течение данной беременности отмечался токсикоз 1 половины,

		угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода – 4 часа 20 минут, 2 периода – 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 28 неделя беременности с массой тела 1300 г, длиной 38 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювез, продолжена CPAP воздухом, начатая в родильном зале. Сурфактант не вводился. При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлексы орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу. Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом, легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошёл в родильном зале. Через 18 часов: сатурация 82–88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрёберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов апноэ за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO2 до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 110–120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч. Общий анализ крови: Hb – 192 г/л; эритроциты – 4,4×1012/л; средний объём эритроцитов – 99 фемтолитров; лейкоциты – 11,4×109/л, формула: эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 10%; тромбоциты – 189×109/л, ретикулоциты – 35%. Уровень С-реактивного белка – норма. Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикуло-гранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами. Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH – 7,27, BE – 9,3, pCO2 – 68 мм рт. ст., pO2 – 37 мм рт. ст. Глюкоза сыворотки крови – 2,1 ммоль/л.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента с указанием наиболее вероятных результатов, подтверждающих Ваш диагноз.
Э		Основной: респираторный дистресс–синдром новорождённого, тяжѐлый. Осложнение: транзиторная гипогликемия. Фон: недоношенность 28 неделя. ОНМТ. Общий анализ крови – норма (отсутствие гуморальной активности, анемии);

		уровень С-реактивного белка – норма; кислотно-основное состояние – компенсированный дыхательный ацидоз; биохимический анализ крови - гипогликемия; ультразвуковое исследование головного и спинного мозга – признаки отèка головного мозга; ультразвуковое исследование органов брюшной полости – норма; рентгенография органов грудной клетки – диффузное снижение прозрачности лèгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чèткими контурами, отсутствуют признаки аспирации и инфильтрации, нет признаков дислокации органов брюшной полости в грудную полость); электрокардиография – ритм синусовый, частота сердечных сокращений в норме или синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации; эхокардиография – анатомически правильно сформированы сердце и крупные сосуды, возможно функционирование артериального протока без изменения внутрисердечной гемодинамики, открытое овальное окно.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён верно. Дополнительное обследование назначено в полном объёме.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но не полностью. Дополнительное обследование назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён неверно. Дополнительное обследование назначено неверно.
В	2	Проанализируйте, какие факторы риска имелись в анамнезе у ребёнка, и к какой патологии они могли привести?
Э	-	Отягощèнный акушерско–гинекологический анамнез может привести к преждевременным родам, задержке внутриутробного развития. Угроза прерывания, хроническая внутриутробная гипоксия, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия могут привести к преждевременным родам, утяжелению гипоксии плода, и острой асфиксии в родах. Обвитие шеи плода пуповиной может привести к усугублению острой асфиксии в родах. Быстрые роды – риск травматизации в родах.
Р2	отлично	Ответ верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	3	Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
Э	-	Первичная реанимационная помощь в родильном зале оказана в полном объèме. При переводе ребèнка в ПИТ было показано введение Сурфактанта 200 мг/кг, неинвазивным методом или методом INSURE. Показано было назначение энтерального питания сразу после поступления в ПИТ. Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, усугубление синдрома дыхательных расстройств (нарастание оценки до 8 баллов по шкале Сильвермана, дыхательная недостаточность III степени), показано интубация трахеи, повторное (в данном случае, первое) введение Сурфактанта 100 мг/кг. Режим – охранительный, кювез с температурой 32-35 °С, влажностью воздуха 80%. Начало неинвазивной искусственной вентиляции лèгких в режиме «нормовентиляции». Инфузионная терапия из расчèта физиологической потребности (80 мл/кг/с – суточный объèм энтерального питания = (136 - 20 мл):24 часа = 4,8 мл/ч – скорость инфузии (раствор глюкоза 5%). Энтеральное питание сцеженным грудным молоко через зонд (капельное введение, за 1 час). Тактика ведения ребèнка с гипогликемией: определение уровня глюкозы сыворотки крови через 1 час и перед следующим кормлением. Если концентрация глюкозы менее 2,6 ммоль/л, то в/в введение глюкозы 10% 8 мл/кг (0,4-0,8 г/кг), затем вновь перейти на постоянную в/в инфузию глюкозы 10% 4-8 мг/кг/мин,

		то есть 2,4-4,6 мл/кг/час. Определить уровень глюкозы через 30 минут инфузии. Медикаментозная терапия: Викасол 0,1 мг/кг (0,17 мл) – однократно, Сурфактант 200 мг/кг (460 мг, эндотрахеально).
Р2	отлично	Лечение назначено верно. Проведена полная оценка лечебных мероприятий, проведённых ребёнку.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Лечение назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Лечение назначено полностью неверно. Лечебные мероприятия оценены неверно.
В	4	Определите тактику в случаях проведения длительной искусственной вентиляции легких (более 6 суток) новорожденному в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии медицинской организации акушерского профиля.
Э	-	В случаях проведения длительной ИВЛ (более 6 суток) новорожденному в условиях ОРИТН медицинской организации акушерского профиля сроки перевода новорожденного в аналогичное отделение медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля определяются заведующим ОРИТН медицинской организации акушерского профиля по согласованию с заведующим аналогичным отделением медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля. При отсутствии в медицинской организации акушерского профиля ОРИТН главным врачом или ответственным дежурным врачом по медицинской организации вызывается выездная реанимационная бригада из реанимационно-консультативного блока ОРИТН перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля. Выездная бригада из реанимационно-консультативного блока ОРИТН совместно с медицинской организацией, где родился новорожденный, организует лечение, необходимое для стабилизации состояния новорожденного перед транспортировкой, и после достижения стабилизации состояния осуществляет его перевод в ОРИТН перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля. Решение о возможности перевода (транспортировки) новорожденного принимается заведующим отделением (дежурным врачом отделения) медицинской организации акушерского профиля и ответственным врачом выездной реанимационной бригады реанимационно-консультативного блока ОРИТН перинатального центра или медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля.
Р2	отлично	Ответ подробный, верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ неполный.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	5	Проведите анализ к какой группе здоровья будет относиться данный ребёнок, дайте рекомендации по оценке его физического развития?
Э	-	II группа здоровья. Динамический контроль роста, основных показателей физического развития по шкале Фэнтона до 50 недель ПКВ либо по ИНТЕРГРОУС-21, далее оценка на скоррегированный возраст по шкалам ВОЗ.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-	

	составителя	

Ситуационная задача № 5 по Производственной (клинической) практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза ПК-4 Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		В перинатальном центре родился недоношенный мальчик у матери 35 лет от первых преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения на сроке гестации 29 недель. В родильном блоке потребовалась стабилизация состояния: респираторная терапия методом CPAP маской с дотацией дополнительного O_2 до 45%. С заместительной целью, учитывая дыхательные нарушения до 4 баллов по Сильверман в родильном блоке введен Сурфактант в дозе 200 мг/кг малоинвазивным методом. В транспортном инкубаторе на неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Масса тела при рождении 1090 г, длина 37 см, окружность головы 26 см. Динамика состояния ребенка за период наблюдения: Наблюдается с 1 суток жизни по настоящее время в ОРИТ. С 1 суток жизни по настоящее время ребенку проводится неинвазивная респираторная терапия. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильверман. Показатели гемодинамики оставались стабильными. Энтеральное питание начато с 6 часов жизни в трофическом объеме. Полное парентеральное питание проводилось до 2 суток жизни, частичное парентеральное питание с 3 до 10 суток жизни, с 11 суток жизни полное энтеральное питание, в настоящее время усваивает фортифицированное грудное молоко в объеме 170 мл/кг/сутки через желудочный зонд капельно, не срыгивает. Патологической неврологической симптоматики за период наблюдения не отмечалось. Осмотрен в плановом порядке окулистом, неврологом – патологии не выявлено. **Гинекологический и акушерский анамнез матери** Группа крови матери 0(I) первая, Rh - отрицательная. Гинекологический анамнез: эндометрит с 2010 г. Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – неразвивающаяся; 2-я беременность – 2009 год – индуцированный поздний выкидыш на 21 неделе, вакуум-аспирация; 3-я беременность 2011 год – антенатальная гибель плода на 28 неделе; 4-6 беременности – неразвивающиеся на сроках 5-8 недель; 7-я беременность – данная: I-й триместр – угрожающий выкидыш, II-й триместр – обострение хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия цефазолином, III-й триместр – в 25 недель истмико-цервикальная недостаточность, наложение швов на шейку матки. Профилактика респираторного дистресс синдрома плода проведена. **Объективный статус** Возраст – 22 сутки жизни. Масса тела 1256 г, длина 38 см, окружность головы 27,2 см. Состояние ребенка тяжелое. На неинвазивной ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде – до 25%. ЧД = 60/мин, ЧСС = 168-172 уд/мин, SpO~2 ~= 93-96%, АД = 59/36/40 мм.рт.ст. В микроклимате кувеза. Кожа бледная. Видимые слизистые чистые, блестящие, бледно-розовые, увлажнены. Отмечается

<table>
<tr><td></td><td></td><td>умеренная пастозность голеней, стоп. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно снижены, рефлексы новорожденных вызываются, нестойкие, симметричные. Поза полуфлексии, мышечный тонус умеренно снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Шум не выслушивается. Непостоянная тахикардия, преимущественно при кормлении до 178 ударов/минуту. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика активная. Энтеральное питание грудным молоком в объеме 170 мл/кг/сутки через желудочный зонд капельно, усваивает. Весовая кривая за последние 10 дней плоская. Стул, диурез без особенностей. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.
С целью контроля проводилось исследования маркеров воспаления – маркеры отрицательные, данных за течение воспалительного процесса не получено.
Клинический анализ крови (определение гемоглобина, гематокрита, ретикулоцитов)
<table>
<tr><th>Параметр</th><th>Результат</th><th>Ед изм</th><th>Реф.интервалы</th></tr>
<tr><td>Лейкоциты / WBC</td><td>8.17</td><td>10^9/L</td><td>5,9 - 17,5</td></tr>
<tr><td>Эритроциты / RBC</td><td>3.28</td><td>10^12/L</td><td>3,5 - 5,1</td></tr>
<tr><td>Гемоглобин / HGB</td><td>76</td><td>g/L</td><td>94 - 130</td></tr>
<tr><td>Гематокрит / HCT</td><td>0.241</td><td>L/L</td><td>0,28 – 0,42</td></tr>
<tr><td>Ретикулоциты / RTC</td><td>2</td><td>‰</td><td>3-12</td></tr>
<tr><td>Средний объём эритроцита / MCV</td><td>100.8</td><td>fL</td><td>84 - 106</td></tr>
<tr><td>Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците / MCH</td><td>32.9</td><td>pg</td><td>27 - 34</td></tr>
<tr><td>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците / MCHC</td><td>32.6</td><td>g/dL</td><td>28 - 36</td></tr>
<tr><td>Анизоцитоз эритроцитов SD / RDW-SD</td><td>75.1</td><td>fL</td><td>35,1 - 46,3</td></tr>
<tr><td>Анизоцитоз эритроцитов CV / RDW-CV</td><td>20.6</td><td>%</td><td>11,5 - 14,5</td></tr>
<tr><td>Тромбоциты / PLT</td><td>262</td><td>10^9/L</td><td>229 - 562</td></tr>
<tr><td>Палочкоядерные %</td><td>4</td><td>%</td><td>1 - 6</td></tr>
<tr><td>Сегментоядерные%</td><td>58</td><td>%</td><td>47 - 72</td></tr>
<tr><td>Эозинофилы %</td><td>2</td><td>%</td><td>0,5 - 5</td></tr>
<tr><td>Лимфоциты %</td><td>29</td><td>%</td><td>19 - 37</td></tr>
<tr><td>Моноциты %</td><td>7</td><td>%</td><td>3 - 11</td></tr>
</table>
Ребенок наблюдается в настоящее время с клиническим диагнозом: Основной: Врожденная пневмония (реконвалесцент). Сопутствующий: Межпредсердное сообщение. Гипербилирубинемия недоношенных в анамнезе. Очень низкая масса тела. Недоношенность 29 недель.</td></tr>
<tr><td>В</td><td>1</td><td>Какой ещё диагноз можно предположить на основании результатов клинико-лабораторных исследований?</td></tr>
<tr><td>В</td><td>2</td><td>Определите тактику ведения и лечения ребенка</td></tr>
<tr><td>В</td><td>3</td><td>Укажите дозу препаратов железа при терапии рекомбинантным человеческим эритропоэтином.</td></tr>
<tr><td>В</td><td>4</td><td>В каком объёме предпочтительно провести гемотрансфузию в данной ситуации?</td></tr>
<tr><td>В</td><td>5</td><td>Проведите анализ, к какой группе здоровья будет относиться данный ребёнок,</td></tr>
</table>

		дайте рекомендации по оценке его физического развития?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 5 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза ПК-4 Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		В перинатальном центре родился недоношенный мальчик у матери 35 лет от первых преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения на сроке гестации 29 недель. В родильном блоке потребовалась стабилизация состояния: респираторная терапия методом CPAP маской с дотацией дополнительного O_2 до 45%. С заместительной целью, учитывая дыхательные нарушения до 4 баллов по Сильверман в родильном блоке введен Сурфактант в дозе 200 мг/кг малоинвазивным методом. В транспортном инкубаторе на неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Масса тела при рождении 1090 г, длина 37 см, окружность головы 26 см. Динамика состояния ребенка за период наблюдения: Наблюдается с 1 суток жизни по настоящее время в ОРИТ. С 1 суток жизни по настоящее время ребенку проводится неинвазивная респираторная терапия. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильверман. Показатели гемодинамики оставались стабильными. Энтеральное питание начато с 6 часов жизни в трофическом объеме. Полное парентеральное питание проводилось до 2 суток жизни, частичное парентеральное питание с 3 до 10 суток жизни, с 11 суток жизни полное энтеральное питание, в настоящее время усваивает фортифицированное грудное молоко в объеме 170 мл/кг/сутки через желудочный зонд капельно, не срыгивает. Патологической неврологической симптоматики за период наблюдения не отмечалось. Осмотрен в плановом порядке окулистом, неврологом – патологии не выявлено. **Гинекологический и акушерский анамнез матери** Группа крови матери 0(I) первая, Rh - отрицательная. Гинекологический анамнез: эндометрит с 2010 г. Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – неразвивающаяся; 2-я беременность – 2009 год – индуцированный поздний выкидыш на 21 неделе, вакуум-аспирация; 3-я беременность 2011 год – антенатальная гибель плода на 28 неделе; 4-6 беременности – неразвивающиеся на сроках 5-8 недель; 7-я беременность – данная: I-й триместр – угрожающий выкидыш, II-й триместр – обострение хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия цефазолином, III-й триместр – в 25 недель истмико-цервикальная недостаточность, наложение швов на шейку матки. Профилактика респираторного дистресс синдрома плода проведена. **Объективный статус** Возраст – 22 сутки жизни. Масса тела 1256 г, длина 38 см, окружность головы 27,2 см. Состояние ребенка тяжелое. На неинвазивной ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде – до 25%. ЧД = 60/мин, ЧСС = 168-172 уд/мин, SpO~2 ~= 93-96%, АД = 59/36/40 мм.рт.ст. В микроклимате кувеза. Кожа бледная. Видимые слизистые чистые, блестящие, бледно-розовые, увлажнены. Отмечается

<table>
<tr><td></td><td></td><td>умеренная пастозность голеней, стоп. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно снижены, рефлексы новорожденных вызываются, нестойкие, симметричные. Поза полуфлексии, мышечный тонус умеренно снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Шум не выслушивается. Непостоянная тахикардия, преимущественно при кормлении до 178 ударов/минуту. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика активная. Энтеральное питание грудным молоком в объеме 170 мл/кг/сутки через желудочный зонд капельно, усваивает. Весовая кривая за последние 10 дней плоская. Стул, диурез без особенностей. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.
С целью контроля проводилось исследования маркеров воспаления – маркеры отрицательные, данных за течение воспалительного процесса не получено.
Клинический анализ крови (определение гемоглобина, гематокрита, ретикулоцитов)
<table>
<tr><th>Параметр</th><th>Результат</th><th>Ед изм</th><th>Реф.интервалы</th></tr>
<tr><td>Лейкоциты / WBC</td><td>8.17</td><td>10^9/L</td><td>5,9 - 17,</td></tr>
<tr><td>Эритроциты / RBC</td><td>3.28</td><td>10^12/L</td><td>3,5 - 5,1</td></tr>
<tr><td>Гемоглобин / HGB</td><td>76</td><td>g/L</td><td>94 - 130</td></tr>
<tr><td>Гематокрит / HCT</td><td>0.241</td><td>L/L</td><td>0,28 – 0,4</td></tr>
<tr><td>Ретикулоциты / RTC</td><td>2</td><td>‰</td><td>3-12</td></tr>
<tr><td>Средний объём эритроцита / MCV</td><td>100.8</td><td>fL</td><td>84 - 106</td></tr>
<tr><td>Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците / MCH</td><td>32.9</td><td>pg</td><td>27 - 34</td></tr>
<tr><td>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците / MCHC</td><td>32.6</td><td>g/dL</td><td>28 - 36</td></tr>
<tr><td>Анизоцитоз эритроцитов SD / RDW-SD</td><td>75.1</td><td>fL</td><td>35,1 - 46,</td></tr>
<tr><td>Анизоцитоз эритроцитов CV / RDW-CV</td><td>20.6</td><td>%</td><td>11,5 - 14,</td></tr>
<tr><td>Тромбоциты / PLT</td><td>262</td><td>10^9/L</td><td>229 - 56</td></tr>
<tr><td>Палочкоядерные %</td><td>4</td><td>%</td><td>1 - 6</td></tr>
<tr><td>Сегментоядерные%</td><td>58</td><td>%</td><td>47 - 72</td></tr>
<tr><td>Эозинофилы %</td><td>2</td><td>%</td><td>0,5 - 5</td></tr>
<tr><td>Лимфоциты %</td><td>29</td><td>%</td><td>19 - 37</td></tr>
<tr><td>Моноциты %</td><td>7</td><td>%</td><td>3 - 11</td></tr>
</table>
Ребенок наблюдается в настоящее время с клиническим диагнозом: Основной: Врожденная пневмония (реконвалесцент). Сопутствующий: Межпредсердное сообщение. Гипербилирубинемия недоношенных в анамнезе. Очень низкая масса тела. Недоношенность 29 недель.</td></tr>
<tr><td>В</td><td>1</td><td>Какой ещё диагноз можно предположить на основании результатов клинико-лабораторных исследований?</td></tr>
<tr><td>Э</td><td></td><td>Ранняя анемия недоношенных. P 61.2</td></tr>
<tr><td>Р 2</td><td>отлично</td><td>Диагноз определён верно.</td></tr>
<tr><td>Р 1</td><td>Хорошо / удовлетворительно</td><td>Диагноз определён правильно, но не полностью. На дополнительные вопросы отвечает верно.
Диагноз определён правильно, но не полностью. На дополнительные вопросы отвечает частично.</td></tr>
</table>

Р 0	неудовлетвори-тельно	Диагноз определён не верно.
В	2	Определите тактику ведения и лечения ребенка.
Э	-	Назначение трансфузии эритроцитсодержащего компонента крови (с проведением индивидуального подбора компонента крови).
Р 2	отлично	Ответ верный.
Р 1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан не в полном объёме. На дополнительные вопросы отвечает правильно. Ответ дан не в полном объёме. На дополнительные вопросы отвечает частично.
Р 0	неудовлетвори-тельно	Ответ полностью неверный.
В	3	Укажите дозу препаратов железа при терапии рекомбинантным человеческим эритропоэтином
Э	-	5-6 мг/кг/сутки
Р 2	отлично	Доза указана верно. На дополнительные вопросы отвечает исчерпывающе.
Р 1	Хорошо / удовлетворительно	Доза указана верно, на дополнительные вопросы отвечает частично. Доза указана не верно, на дополнительные вопросы отвечает.
Р 0	неудовлетвори-тельно	Доза препарата указана не верно, на дополнительные вопросы не отвечает.
В	4	В каком объёме предпочтительно провести гемотрансфузию в данной ситуации?
Э	-	15 мл/кг
Р 2	отлично	Ответ верный. Отвечает на дополнительные вопросы.
Р 1	Хорошо / удовлетворительно	Объём гемотрансфузии указан верно. На дополнительные вопросы отвечает частично. Объём гемотрансфузии указан частично верно, на дополнительные вопросы отвечает не полностью.
Р 0	неудовлетвори-тельно	Ответ полностью неверный.
В	5	Проведите анализ к какой группе здоровья будет относиться данный ребёнок, дайте рекомендации по оценке его физического развития?
Э	-	II группа здоровья. Динамический контроль роста, основных показателей физического развития по шкале Фэнтона до 50 недель ПМВ либо по шкале Интергроус-21 до 64 недель ПМВ, далее оценка на скоррегированный возраст по шкалам ВОЗ.
Р 2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р 1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р 0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 6 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза ПК-4 Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и

		недоношенных детей
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 14 дней жизни, от четвёртой беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребёнка, вторая и третья беременности - медицинскими абортами. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребёнок закричал сразу, масса тела при рождении 4200 г, длина 53 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7 день жизни 3900 г. Ребёнок был переведён в стационар на 12 день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3050 г. Состояние ребёнка тяжёлое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, «синева» под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезёнка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. В анализах: - клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, лейкоциты - 10,0»109/л, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ – 4 мм/ч; - кислотно-основное состояние (КОС): pH - 7,30, pCO2- 36 м. рт. ст., BE - 7 ммоль/л; - биохимический анализ крови: кальций - 8,4 ммоль/л, натрий - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг в сутки.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
В	2	Опишите патогенез заболевания.
В	3	Опишите характерную клиническую картину данного заболевания.
В	4	Укажите критерии диагностики заболевания.
В	5	Окажите неотложную помощь.

Оценочный лист к ситуационной задаче № 6 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4	ПК-3 Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза ПК-4 Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 14 дней жизни, от четвёртой беременности, вторых родов. Первая беременность закончилась рождением здорового ребёнка, вторая и третья беременности - медицинскими абортами. Настоящая беременность протекала с ранним гестозом, во втором триместре беременности мать лечилась в стационаре по поводу угрозы выкидыша. Роды с родостимуляцией. Ребёнок закричал

		сразу, масса тела при рождении 4200 г, длина 53 см, к груди приложен на 3 сутки. Сосал удовлетворительно, но обильно срыгивал. Масса тела на 7 день жизни 3900 г. Ребёнок был переведён в стационар на 12 день жизни при явлениях нарастания эксикоза и токсикоза. При поступлении масса тела 3050 г. Состояние ребёнка тяжёлое, крик слабый. Подкожно-жировой слой отсутствует, кожа сухая, морщинистая. Страдальческое выражение лица. Запавшие глаза, «синева» под глазами. Живот умеренно вздут, с выраженной венозной сетью. Печень и селезёнка увеличены. Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, половой член несколько увеличен в размерах, пигментация мошонки усилена. Мышечная гипотония. Рефлексы угнетены. Тремор рук. Стул 8 раз в сутки, разжижен. В анализах: - клинический анализ крови: Нв - 234 г/л, лейкоциты - 10,0»109/л, палочко-ядерные - 5%, сегментоядерные - 48%, лимфоциты - 40%, моноциты - 7%, СОЭ – 4 мм/ч; - кислотно-основное состояние (КОС): pH - 7,30, pCO2- 36 м. рт. ст., BE - 7 ммоль/л; - биохимический анализ крови: кальций - 8,4 ммоль/л, натрий - 80 ммоль/л. Суточная экскреция 17-КС с мочой - 3,2 мг в сутки.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
Э		Основной диагноз: Врождённая дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром), сольтеряющая форма. Диагноз поставлен на основании данных: - клиники - проявления эксикоза и токсикоза, макрогенитосомии у мальчика; - данных лабораторного обследования - метаболический ацидоз, гиперкалиемия, гипонатриемия, высоких цифр кетостероидов в моче.
Р2	отлично	Диагноз определён, сформулирован и обоснован верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Диагноз определён правильно, но не полностью сформулирован. На дополнительные вопросы отвечает верно. Диагноз определён правильно, но не полностью сформулирован. Обоснование неполное. На дополнительные вопросы отвечает частично.
Р0	неудовлетворительно	Диагноз определён неверно.
В	2	Опишите патогенез заболевания.
Э	-	Снижение активности 21-гидроксилазы сопровождается нарушением синтеза кортизола и альдостерона с накоплением промежуточных продуктов стероидогенеза, прежде всего 17-гидроксипрогестерона и прогестерона. Недостаточность кортизола приводит к развитию явной или скрытой, компенсированной, надпочечниковой недостаточности и повышению секреции АКТГ с гиперплазией сетчатой зоны коры надпочечников и гиперпродукцией андрогенов, синтез которых не зависит от 21-гидроксилазы. Дефицит альдостерона сопровождается активацией ренин - ангиотензиновой системы с явным или компенсированным синдромом потери соли.
Р2	отлично	Ответ верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан не в полном объёме. На дополнительные вопросы отвечает правильно. Ответ дан не в полном объёме. На дополнительные вопросы отвечает частично.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	3	Опишите характерную клиническую картину данного заболевания.
Э	-	Выделяют три клинические формы врожденной гиперплазии коры надпочечников (ВГКН): сольтеряющую, простую, стертую. Простая форма ВГКН у новорождённых характеризуется внутриутробно начавшейся гиперандрогенией - вирилизацией наружных гениталий у девочек

		(гипертрофия клитора, мошонкообразные большие половые губы, урогенитальный синус), макрогенитосомией - у мальчиков. Дети чаще рождаются от переношенной беременности со средней или умеренно повышенной массой тела, хорошо развитыми мышцами, плотными костями черепа и малыми размерами родничка. Вследствие хронического избытка АКТГ у части детей отмечается гиперпигментация. В дальнейшем наблюдается ускорение физического развития и темпов окостенения скелета, а после 2 лет появляются признаки ложного преждевременного полового развития по изосексуальному типу у мальчиков и гетеросексуальному типу у девочек. При стрессовых ситуациях, заболеваниях возможно развитие острой надпочечниковой недостаточности вероятность которой увеличивается при осложнённых родах, гипоксии, а также в подростковом возрасте. При рождении клиника сольтеряющей формы ВГКН не отличается от проявлений простой формы ВГКН, но уже с 1-4 недели жизни развиваются симптомы острой недостаточности надпочечников: прогрессирующая потеря массы тела, срыгивания, рвота «фонтаном», диарея, «мраморность» кожных покровов, снижение артериального давления, тахикардия (редко брадикардия), глухость тонов сердца, цианоз. При отсутствии адекватной терапии больные погибают в первые 1-3 месяца жизни.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно. На дополнительные вопросы отвечает исчерпывающе.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично: нет расшифровки форм. Ответ дан частично верно. На дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно. На дополнительные вопросы не отвечает.
В	4	Укажите критерии диагностики заболевания.
Э	-	Диагноз заболевания верифицируют при выявлении повышенного уровня 17-гидроксипрогестерона в крови - выше 15 нмоль/л. Кроме того, характерно повышение уровня АКТГ и активности ренина плазмы, экскреция 17-КС с мочой (более 1 мг в сутки). У некоторых больных снижены содержание кортизола в крови и экскреция 17-ОКС с мочой. Разработаны методы ДНК-диагностики ВГКН вследствие недостаточности 21-гидроксилазы. Важное значение в диагностике приобретает характер и степень электролитных нарушений (гиперкалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия), данные ЭКГ (гиперкалийгистия), показатели КОС (метаболический ацидоз), гематокрита (повышен), уровня глюкозы крови (снижена).
Р2	отлично	Ответ верный. Отвечает на дополнительные вопросы.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ неполный, частично верный. На дополнительные вопросы отвечает частично. Ответ дан частично верно. На дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	5	Окажите неотложную помощь.
Э	-	Госпитализация в палату интенсивной терапии (ПИТ). Мониторинг АД, ЭКГ, ЧСС, ЧД, SaO2, уровней натрия и калия в сыворотке крови, КОС. В течение 30 минут внутривенно инфузия: раствор глюкозы 10% 30 мл + раствор NaCl 0,9% 30 мл + болюсно внутривенно гидрокортизон 25 мг или преднизолон 10 мг. В течение суток объём инфузионной терапии 150-200 мл/кг под контролем уровня электролитов, глюкозы, гидрокортизон 100-125 мг/м2 внутривенно в течение суток (гидрокортизон гемисукцинат 10-25 мг/кг в сутки в 3-4 инъекции, или преднизолон 2,5-7 мг/кг в сутки в 3 приёма равномерно в течение суток до клинического улучшения), затем редукция дозы на 25% ежедневно до достижения дозы поддержания (10-12 мг/м2), которая при массе 3000 г соответствует дозе 2,0-2,4 мг в сутки.

Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 7 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.18**	**Специальность Неонатология**
К	ОПК-4 ОПК-5 ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ОПК-4): проведению клинической диагностики и обследованию пациентов готовность к (ОПК-5): назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролю его эффективности и безопасности готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно – гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом "кишечное кровотечение". Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды в 36 недель. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 гр, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен в первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на I см, селезенка не паль-

		пируется, мелена. В неврологическом статусе: ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Общий анализ крови: НЬ -180 г/л, Эр- 5,4х10^{12}/л, Ц.п - 0,94, тромбоциты - 130,0х10^{9}/л, Лейкоциты - 8,9х10^{9}/л, п/я -3%, с/я - 51%, л-38%, м-8%, СОЭ - 2 мм/час. Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец -7 минут. Коагулограмма: каолиновое время - 100 (норма - 40-60), АЧТВ - 90 (норма 40-60), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30 (норма 28-32), протромбиновый комплекс 25%. Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой -196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, АСТ-38ед, АЛТ-42ед. Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, если необходимо, назначьте дополнительное обследование для его уточнения.
В	2	Проанализируйте, какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
В	3	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Оцените физическое развитие ребёнка с учётом его гестационного возраста.
В	4	Дайте маме рекомендации по вскармливанию ребёнка, профилактике гипогалактии.
В	5	К какой группе здоровья относится данный ребёнок и как его следует наблюдать и прививать на первом году жизни? Что необходимо сделать перед проведением вакцинации?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 8 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.18**	**Специальность Неонатология**
К	ОПК-4 ОПК-5 ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ОПК-4): проведению клинической диагностики и обследованию пациентов готовность к (ОПК-5): назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролю его эффективности и безопасности готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно – гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом "кишечное кровотечение". Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды в 36 недель. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 гр, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен в первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на I см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе: ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. Общий анализ крови: НЬ -180 г/л, Эр- 5,4х10^{12}/л, Ц.п - 0,94, тромбоциты - 130,0х10^{9}/л, Лейкоциты - 8,9х10^{9}/л, п/я -3%, с/я - 51%, л-38%, м-8%, СОЭ - 2 мм/час. Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец -7 минут. Коагулограмма: каолиновое время - 100 (норма - 40-60), АЧТВ - 90 (норма 40-60), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30 (норма 28-32), протромбиновый комплекс 25%. Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой -196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, АСТ-38ед, АЛТ-42ед. Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, если необходимо, назначьте дополнительное обследование для его уточнения.
Э		Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, желудочно - кишечное кровотечение. Гипоксическое повреждение ЦНС, церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения, интерстициальный отёк головного мозга. Конъюгационная желтуха. Недоношенность 36 недель. Контроль уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, тромбоцитов, времени длительности кровотечения и времени свертывания, проведение пробы Апта, УЗИ органов брюшной полости.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён верно. Дополнительное обследование назначено в полном объёме.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но не полностью. Дополнительное обследование назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён неверно. Дополнительное обследование назначено неверно.
В	2	Проанализируйте, какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
Э	-	Исключительно грудное вскармливание. Отсутствие профилактического введения витамина «К» сразу после рождения ребенка. Хроническая гипоксия

		плода. Недоношенность.
Р2	отлично	Ответ верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	3	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Оцените физическое развитие ребёнка с учётом его гестационного возраста.
Э	-	Отменить энтеральное питание. Ввести витамин К1 (фитоменадион) в дозе 1 мг в/в медленно. При отсутствии фитоменадиона допустимо использовать менадиона натрия бисульфит (витамин К3, Викасол) в дозе 1 мг/кг (0,1 мл/кг), но не более 4 мг в сутки. При продолжении кровотечения или его усилении - переливание одногруппной свежезамороженной плазмы 10-15 мл/кг в/в капельно или препаратов концентрата факторов протромбинового комплекса 50 МЕ/кг разово. При сохраняющемся кровотечении и изменениях в коагулограмме, характерных для дефицита витамин К-зависимых факторов, допустимо повторное введение препаратов. Следует помнить, что введение высоких доз или длительное применение витамина К усиливает гемолиз и способствует развитию желтухи у новорождённых. При необходимости экстренного хирургического вмешательства дополнительно допустимо введение Эптакога альфа (активированного) в дозе 90 мкг/кг. Физическое развитие среднее, гармоничное.
Р2	отлично	Лечение назначено верно. Физическое развитие оценено правильно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Лечение назначено не в полном объёме. Есть замечания по оценке физического развития.
Р0	неудовлетворительно	Лечение назначено полностью неверно. Физическое развитие оценено неверно.
В	4	Дайте маме рекомендации по вскармливанию ребёнка, профилактике гипогалактии.
Э	-	Вскармливание грудным молоком через 3 часа, при необходимости докорм последующей формулой (например «Нутрилон Пре 1»). Обязательно ночное кормление. Маме лактогонные чаи. Полноценное питание, отдых.
Р2	отлично	Ответ подробный, верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ неполный.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	5	К какой группе здоровья относится данный ребёнок и как его следует наблюдать и прививать на первом году жизни?
Э	-	II группа здоровья. Динамический контроль клинического анализа крови. Исследование биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции), профилактика развития анемии, дефицита витамина «Д», консультация невропатолога с проведением повторной НСГ. Вакцинация (против гепатита В и туберкулеза) детям с ГрБН в периоде новорожденности не рекомендуется. Новорожденные, перенесшие ГрБН, подлежат стандартной диспансеризации на амбулаторном этапе. Далее прививки по календарю (при отсутствии противопоказаний). Необходимо оформить добровольное информированное согласие родителей или законных представителей ребёнка на проведение вакцинации. Провести термометрию. Осмотреть зев. Оценить состояние ребёнка по органам и системам.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удо-	Ответ дан частично верно.

	влетворительно	
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оцен-ка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 8 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.18**	**Специальность Неонатология**
К	ОПК-4 ОПК-5 ПК-3 ПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4) Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5) Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза (ПК-3) Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей (ПК-4)
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении – 2900 г, рост – 51 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $3{,}1\times10^{12}$/л, лейкоциты – 18×10^{9}/л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лейкоциты – 17%, моноциты – 8%, тромбоциты - 112×10^{9}/л, общий билирубин – 156 мкмоль/л, прямой – 63 мкмоль/л. СРБ – 60 мг/л, АЛТ – 230 МЕ/л, АСТ – 180 МЕ/л. Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S – 14 мм, D – 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела – 37,6°С. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес – 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность – 39 см, большой родничок – 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 138 ударов в ми-

		нуту, АД – 76/43 мм рт. ст. Живот слегка вздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Какова должна быть тактика участкового педиатра?
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии.
В	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Оценочный лист к ситуационной задаче № 8 по Производственной (клинической) практике

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	**31.08.18**	**Специальность Неонатология**
К	ОПК-4 ОПК-5 ПК-3 ПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (ОПК-4) Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность (ОПК-5) Способен проводить медицинское обследование новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза (ПК-3) Способен проводить вскармливание, выхаживание и лечение новорождённых и недоношенных детей (ПК-4)
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 25 дней осмотрен врачом-педиатром участковым. Жалобы на усиление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, судороги во время осмотра. Анамнез: матери 20 лет. Студентка ветеринарного факультета. Беременность первая протекала с угрозой прерывания, многоводием. В сроке 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов. Выявлены IgM «+» и IgG «+» к токсоплазме. Срочные первые роды в 38 недель. Предлежание головное. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Вес при рождении – 2900 г, рост – 51 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см. К груди приложен в течение первого часа после рождения. Совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме. У ребёнка желтуха со вторых суток жизни. Вакцинация п/гепатита и БЦЖ. В роддоме проведено обследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – 3,1×1012/л, лейкоциты – 18×109 /л, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лейкоциты – 17%, моноциты – 8%, тромбоциты - 112×109 /л, общий билирубин – 156 мкмоль/л, прямой – 63 мкмоль/л. СРБ – 60 мг/л, АЛТ – 230 МЕ/л, АСТ – 180 МЕ/л. Нейросонография: повышение эхогенности перенхимы, увеличение размеров боковых желудочков (S – 14 мм, D – 16 мм), множественные гиперэхогенные тени в подкорковой зоне. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела – 37,6°С. Ребёнок беспокойный. Негативная реакция на осмотр. Тактильная гиперестезия. Тремор рук и подбородка. Вес – 3200 г. Голова гидроцефальной формы, окружность – 39 см, большой родничок – 4×4 см, напряжён. Выражена венозная сеть на коже головы. Голова запрокинута назад. Симптом Грефе. Кожные покровы желтушные с серым оттенком. Дыхание над всеми полями лёгких пуэрильное, хрипов нет. ЧДД – 45 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 138 ударов в минуту, АД – 76/43 мм рт. ст. Живот слегка подвздут, мягкий при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Стул жёлтый, кашицеобраз-

		ный. Мочеиспускание не нарушено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз. Какова должна быть тактика участкового педиатра?
Э		ВУИ. Токсоплазмоз. Менингоэнцефалит. Гипертензионно - гидроцефальный синдром. Необходима госпитализация в профильное отделение.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, отвечает на дополнительные вопросы. «Удовлетворительно»: ответ не полный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может выставить диагноз
В	2	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Серологическое обследование крови матери и ребѐнка на титр антител к внутриутробным инфекциям (ИФА) или ПЦР для идентификации возбудителя инфекции. Спинномозговая пункция для выявления воспалительных изменений в ликворе в результате поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга. УЗИ органов брюшной полости для выявления возможной патологии. ЭКГ и Эхо-КГ для выявления эмбриопатий со стороны сердечно-сосудистой системы. Консультация врача-офтальмолога и врача-невролога, так как для токсоплазмоза характерно поражение глаз и головного мозга.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1-2 из пунктов «Удовлетворительно»: ответ не полный, не указано серологическое обследование.
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может назвать основные методы диагностики.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		Диагноз ВУИ (токсоплазмоз, менингоэнцефалит, гипертензионногидроцефальный синдром, гепатит) установлен на основании данных анамнеза (в 30 недель гестации мать перенесла заболевание, сопровождающееся недомоганием, повышением температуры тела, увеличением лимфоузлов, положительными данными ИФА к токсоплазме), данных клинического осмотра (субфебрилитет, неврологическая симптоматика в виде беспокойства ребѐнка, судорог, развития гипертензионногидроцефального синдрома, нарастающая желтуха, гепатоспленомегалия), данных лабораторного обследования (наличие воспалительных изменений в анализе крови, анемия, тромбоцитопения, повышение уровня прямого билирубина и трансаминаз, СРБ, выявление при НСГ гидроцефалии и кальцинатов).
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/удовлетворительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1-2 из пунктов. «Удовлетворительно»: не указаны 3 и более пункта
Р0	неудовлетворительно	Обучающийся не может дать обоснование
В	4	Определите тактику антибактериальной терапии
Э		Лечение токсоплазмоза у новорождѐнного с учѐтом активности воспалительного процесса: Пириметамин 1 мг/кг/сутки (на 2 приѐма) 5 дней + Сульфадиазин 50-100 мг/кг/сутки (в 3-4 приѐма) 7 дней. При непереносимости сульфаниламидов возможно назначение Клиндамицина по 10-40 мг/кг/сутки в 3 введения. Проводят 3

		курса с интервалами 7-14 дней + Фолиевая кислота 1-5 мг 1 раз в 3 дня всего курса лечения с целью устранения побочных действий антифолатов.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хорошо/ удовлетвори-тельно	«Хорошо»: ответ не полный, на дополнительные вопросы отвечает. «Удовлетворительно»: ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетво-рительно	Обучающийся не может определить тактику антибактериальной терапии данного больного.
В	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э		Цитомегаловирусная инфекция, врождѐнная краснуха, листериоз.
Р2	отлично	Ответ полный.
Р1	хоро-шо/удовлетво рительно	«Хорошо»: ответ не полный, не указан 1 пункт. «Удовлетворительно»: неправильно указаны 1-2 заболеваний, не отвечает на до-полнительные вопросы
Р0	неудовлетво-рительно	Ординатор не может ответить на поставленный вопрос.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 9 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических ме-дицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоно-шенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 0., 8 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 II, преждевременные на 36-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил II часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток отпал на 6-й день, пупочная ранка мокла, на 8-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар. При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица

		страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 36,9°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. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое хрипов нет. Тоны сердца приглушены, PS = 176 в I минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на I см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе - арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5х2,5 см, напряжен. Общий анализ крови: Нь -140 г/л, Эр - 4,1х10/л, Лейк - 5,1х10 /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%.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, необходимое для его уточнения.
В	2	Проанализируйте, какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
В	3	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
В	4	Какие особенности течения данного заболевания у недоношенных детей необходимо учесть при проведении мероприятий по выхаживанию и лечению ребёнка?
В	5	К какой группе здоровья относится данный ребёнок?

Оценочный лист к задаче № 9 по Производственной (клинической) практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик 0., 8 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 II, преждевременные в 36 недель гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил II часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина

		тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток отпал на 6-й день, пупочная ранка мокла, на 8-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар. При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 36,9°С. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, перио-ральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое хрипов нет. Тоны сердца приглушены, PS = 176 в I минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на I см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе - арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5х2,5 см, напряжен. Общий анализ крови: Нь -140 г/л, Эр - 4,1х10/л, Лейк - 5,1х10 /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%.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, необходимое для его уточнения.
Э		Ранний постнатальный сепсис, пупочный, септикопиемия: гнойный менингит. Гнойный омфалит. Пневмония? Склерема. Период разгара, острое течение. Недоношенность 36 недель. Бактериологическое исследование крови на стерильность 3-х кратно. Бактериологическое исследование цереброспинальной жидкости на стерильность, клинический и биохимический анализ ликвора. Бактериологическое исследование мочи на стерильность. Бак. посев из зева, носа, пупочной ранки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, СРБ, «печеночные» энзимы, билирубин и его фракции, креатинин, мочевина). ПКТ крови. Определение КОС. НСГ. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ внутренних органов. ЭКГ. Общий анализ мочи. Копрограмма. Бактериологический посев кала на диз. группу и кишечную группу. Консультация окулиста.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён верно. Дополнительное обследование назначено в полном объёме.
Р1	Хорошо / удовлетво-рительно	Предварительный диагноз определён правильно, но не полностью. Дополнительное обследование назначено не в полном объёме.
Р0	неудовле-творительно	Предварительный диагноз определён неверно. Дополнительное обследование назначено неверно.
В	2	Проанализируйте, какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного.
Э	-	Отягощенный акушерско - гинекологический анамнез: самопроизвольный выкидыш в анамнезе. Неблагоприятное течение антенатального периода: у женщины нефропатия в третьем триместре беременности, кольпит. Длительный безводный промежуток. Недоношенность. Умеренная асфиксия. Позднее прикладывание к груди. Возможный дефект ухода за пупочной ранкой, нелеченный омфалит. Поздний перевод, недооценка состояния ребенка в роддоме.
Р2	отлично	Проведён подробный анализ факторов, способствовавших развитию данной па-

		тологии у новорождённого.
Р1	Хорошо / удовлетво-рительно	Проведён подробный анализ факторов, способствовавших развитию данной патологии у новорождённого. Анализ факторов, способствовавших развитию данной патологии у новорождённого, проведён поверхностно.
Р0	неудовле-творительно	Анализ факторов, способствовавших развитию данной патологии у новорождённого, проведён неверно.
В	3	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
Э	-	Кормить через зонд, увеличить число кормлений на 1-2, объем в зависимости от усвоения (контроль возможного застоя пищи перед каждым кормлением). Профилактика переохлаждения (помещение в кувез, кроватка с подогревом, лучистое тепло). Антибактериальная терапия (два антибиотика бактерицидного действия, проникающие через гематоэнцефалический барьер; ампициллин с аминогликазидами или цефалоспорины 3-го поколения с аминогликазидами). Дезинтоксикационная терапия. Иммунозаместительная терапия. Местное лечение омфалита. Патогенетическая и симптоматическая терапия.
Р2	отлично	Лечение назначено верно.
Р1	Хорошо / удовлетво-рительно	Лечение назначено не в полном объёме.
Р0	неудовле-творительно	Лечение назначено полностью неверно.
В	4	Какие особенности течения данного заболевания у недоношенных детей необходимо учесть при проведении мероприятий по выхаживанию и лечению ребёнка?
Э	-	Для недоношенных детей типично подострое (вялое, затяжное) течение сепсиса, проявляющееся в первые дни и недели жизни как СДР, незрелость: одышка с периодами брадипноэ и апноэ, брадикардия, отсутствие сосательного рефлекса и прибавки массы тела, мышечная гипотония или дистония, вялость, быстрая охлаждаемость, гипорефлексия, срыгивания, рвота, неустойчивый стул, периоды вздутия живота, отёчный синдром, бледность или желтушность кожи, склерема. Температура тела нормальная или субфебрильная. На фоне активной терапии состояние стабилизируется и несколько улучшается, но после отмены интенсивной терапии или при наслоении вирусной инфекции состояние вновь ухудшается, идёт бурное обострение септического процесса. В данном случае имеет место подострое течение сепсиса. Клинические симптомы, позволяющие заподозрить сепсис, появились на первой неделе жизни. Ребенок с первых дней сосёт вяло, в динамике вообще перестаёт сосать. Большая первоначальная потеря массы тела, плоская весовая кривая. Гиподинамия. Плохо удерживает тепло. Кожные покровы бледные с серым оттенком. Склерема. Одышка с периодами апноэ. Арефлексия. Бурное обострение септического процесса, проявившееся поражением нескольких систем и органов – менингита, пневмонии.
Р2	отлично	Подробно изложены особенности течения данного заболевания у недоношенных детей. Проанализированы верно данные особенности у больного.
Р1	Хорошо / удовлетво-рительно	Особенности течения данного заболевания у недоношенных детей изложены не полностью. Анализ особенностей у данного больного проведён с замечаниями.
Р0	неудовле-творительно	Особенности течения данного заболевания у недоношенных детей изложены полностью неверно. Анализ особенностей у данного больного не проведён.
В	5	К какой группе здоровья относится данный ребёнок?
Э	-	II группа здоровья
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо /	Ответ дан частично верно.

	удовлетво-рительно	
Р0	неудовле-творительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 10 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Девочка Л. 4 дня, находится в детском отделении роддома. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином.1-й период родов - 12 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток -10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. Ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией, викасол 0,3 мл в/м №1. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, «мраморность» рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрилъное. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы - 37 см, большой родничок 2х2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденного: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен: в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +. Общий анализ крови: НЬ - 221 г/л, Эр - 6,5х10^{12}/л, Ц.п.-0,97, Л -

		8,2x10^9/л, п/я - 4%, с/я - 56%, э - 8%, л - 32%, СОЭ- 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций -1,05 ммоль/л. Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в корковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных области, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм)
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
В	2	Назначьте дополнительное обследование, необходимое для уточнения диагноза.
В	3	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гемато-энцефалический барьер.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
В	5	Дайте рекомендации по организации неонатального скрининга данному ребёнку.

Оценочный лист к задаче № 10 по Производственной (клинической) практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Девочка Л. 4 дня, находится в детском отделении роддома. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином.1-й период родов - 12 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток -10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. Ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией, викасол 0,3 мл в/м №1. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, «мраморность» рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрилъное. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окруж-

		ность головы - 37 см, большой родничок 2х2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденного: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен: в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +. Общий анализ крови: НЬ - 210 г/л, Эр - 6,5х10^{12}/л, Ц.п.-0,97, Л - 8,2х10^{9}/л, п/я - 4%, с/я - 56%, э - 8%, л - 32%, СОЭ- 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций -1,05 ммоль/л. Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в корковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных области, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм)
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э		Родовая травма шейного отдела позвоночника. Парез левой руки по типу Дюшена -Эрба. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза: слабость родовой деятельности, в родах затруднённое выведение плечиков, крупный плод, после рождения гипервозбудимость, снижение объёма движений в левой руке; клинической картины заболевания: хватательный и рефлекс Моро слева резко снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, неправильное положение руки. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён и обоснован верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но при его обосновании учтены не все критерии. Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён и обоснован неверно.
В	2	Назначьте дополнительное обследование, необходимое для уточнения диагноза.
Э	-	Пациенту рекомендовано: рентгенография шейного отдела позвоночника в трёх проекциях и ключицы.
Р2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гемато-энцефалический барьер.
Э	-	Рациональное вскармливание. Предпочтение грудному молоку (естественное вскармливание по требованию ребёнка). Иммобилизация головы и шеи на 10-14 день (воротник Шанца). Обезболивание (по показаниям). Щадящий уход, осторожное пеленание. Физиотерапия.
Р2	отлично	Лечение назначено верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Лечение назначено не в полном объёме.

Р0	неудовлетворительно	Лечение назначено полностью неверно.
В	4	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз и какие осложнения возможны?
Э	-	Перелом ключицы, эпифизиолоз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит плеча. Возможные осложнения: Длительная мышечная слабость в паретической конечностити, при грубых органических нарушениях дегенерация нервных волокон: атрофия шеи, контрактуры, сколиоз, шейный остеохондроз. Отдаленные последствия: периферическая цервикальная недостаточность, острые нарушения мозгового и спинального кровообращения, миопия, нарушения слуха.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично: указан не весь дифференциально-диагностический ряд, не перечислены 1-2 возможных осложнения.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
В	5	Дайте рекомендации по организации неонатального скрининга данному ребёнку.
Э	-	На 2-й день жизни (в возрасте 24-48 часов жизни), после оформления добровольного информированного согласия родителей или законного представителя ребёнка, необходимо провести забор крови для проведения обследования на наследственные болезни обмена (НБО). На 4-й день жизни (перед выпиской) проводится аудиологический скрининг, результат которого фиксируется в истории развития новорождённого. Скрининг на ВПС проводится в 36-50 часов жизни новорожденного. Данные о проведении скринингов фиксируются в истории развития новорождёенного и далее в выписном эпикризе или в переводном эпикризе.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 11 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	A/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(I) Rh - отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й -20 минут, безводный промежуток - 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 грамм, 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 5-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 I см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены. Общий анализ крови: НЬ-152 г/л, Эр.- 4,2х10^{12}/л, ретикулоциты - 6%, Ц.п. - 0,99, Лейк.-12,0х10^{9}/л, п/я -6%, с/я -49%, э -1%, л -36%, м -8%, СОЭ-2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh -положительная. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 54,8 г/л, билирубин: непрямой - 328 мкмоль/л, прямой - 64 мкмоль/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин - 7,0 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий -138 ммоль/л, кальций - 1,2 ммоль/л, АСТ - 65 ед, АЛТ - 71 ед., ЩФ - 350 ед.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, необходимое для его уточнения.
В	2	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
В	3	Показаны ли в данном случае немедикаментозные методы терапии? Если да, то охарактеризуйте метод и обозначьте возможные побочные явления при его применении.
В	4	Как должно быть организовано дальнейшее лечение ребёнка, необходим ли перевод, куда и какие организационные моменты необходимо предусмотреть?
В	5	К какой группе здоровья относится данный ребёнок?

Оценочный лист к задаче № 11 по Производственной (клинической) практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ**

		РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(I) Rh - отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й -20 минут, безводный промежуток - 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 грамм, 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 5-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 I см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденного снижены. Общий анализ крови: НЬ-152 г/л, Эр.- 4,2х10^{12}/л, ретикулоциты - 6%, Ц.п. - 0,99, Лейк.-12,0х10^{9}/л, п/я -6%, с/я -49%, э -1%, л -36%, м -8%, СОЭ-2 мм/час. Группа крови ребенка А(II) Rh -положительная. Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок - 54,8 г/л, билирубин: непрямой - 328 мкмоль/л, прямой - 64 мкмоль/л, мочевина - 4,2 ммоль/л, холестерин - 7,0 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л, натрий -138 ммоль/л, кальций - 1,2 ммоль/л, АСТ - 65 ед, АЛТ - 71 ед., ЩФ - 350 ед.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, необходимое для его уточнения.
Э		Гемолитическая болезнь новорождённого, конфликт по системе АВО, желтушная форма, средней тяжести, осложнённая синдромом холестаза. У мамы группа крови 0(I) Rh – отрицательная, беременность вторая, но предыдущая закончилась родами ребёнком с 0(I) Rh-отрицательной группой крови, данная беременность протекала с отёками на ногах в третьем семестре, у ребёнка А(II) Rh –положительная группа крови, желтушное окрашивание кожи появилось через 12 часов после рождения, лечение консервативное, на 5-й день жизни желтуха приобрела зеленоватый оттенок, печень выступает на 3,5 см, селезёнка – на 1 см из-под края рёберной дуги, моча интенсивно окрашена, в клиническом анализе крови ретикулоцитоз, в биохимическом анализе крови на 4-й день жизни гипербилирубинемия непрямая, но фракция прямого билирубина составляет 20% от общего, повышен уровень холестерина. Обследование: Прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса) и непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса). Общий анализ мочи. Копрограмма. УЗИ внутренних органов.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён верно. Дополнительное обследование назначено в полном объёме.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но не полностью. Дополнительное обследование назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён неверно. Дополнительное обследование назначено неверно.
В	2	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному.
Э	-	Вскармливание естественное. Фототерапия в непрерывном режиме. Желчегонная терапия: урсодезоксихолевая кислота в виде суспензии из расчета 20- 30 мг/кг/сут в 2 приема.
Р2	отлично	Лечение назначено верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Лечение назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетвори-	Лечение назначено полностью неверно.

	тельно	
В	3	Показаны ли в данном случае немедикаментозные методы терапии? Если да, то охарактеризуйте метод и обозначьте возможные побочные явления при его применении.
Э	-	Показаны. Фотерапия (ФТ) является наиболее эффективным методом консервативной терапии ГБН. ФТ проводится в соответствии с показаниями. Для ФТ используются предназначенные для лечения гипербилирубинемии новорожденных лампы и устройства; расстояние между ребенком и источником ФТ должно быть, по возможности, минимальным в соответствии с инструкцией производителя; Если используется один источник ФТ, то рекомендуется менять положение ребенка для облучения живота и спины каждые 3-4 часа; У детей с риском ОЗПК, рекомендуется интенсивная фототерапия - одновременно сверху, сбоку и снизу с помощью нескольких источников или с помощью специального устройства с встроенными несколькими лампами; Поверхность тела ребенка на фоне ФТ должна быть максимально открыта. Подгузник может быть оставлен на месте; Глаза и половые органы (у мальчиков) должны быть защищены светонепроницаемым материалом; при защите глаз следует отдавать предпочтение специальным очкам; При проведении ФТ контролируется температура тела ребенка, адекватность питания, динамика массы тела, регулярность мочеиспускания/диурез; Грудное вскармливание на фоне ФТ должно быть продолжено; Детям с низкой массой тела может потребоваться увеличение суточного объема жидкости на фоне ФТ на 10-20 мл/кг/сут по сравнению с физиологической потребностью. Доношенным детям дополнительного введения жидкости чаще не требуется. ФТ проводится до и после операции заменного переливания крови; а так же, при наличии технических возможностей, - во время процедуры ОЗПК (при помощи фиброоптической системы); Универсальных критериев для прекращения ФТ нет; ориентирами служат - отсутствие патологического прироста билирубина, а также снижение его уровня на 17-34 мкмоль/л ниже значений, которые являются показанием для фототерапии; Спустя 12-24 часа после окончания ФТ необходимо выполнить контрольное исследование билирубина; При внутривенном введении жировых эмульсии на фоне ФТ необходимо проводить светозащитные мероприятия, так как воздействие света на жировую эмульсию способствует образованию токсичных гидроперекисей. Не допускается переливание свежезамороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной реципиентам детского возраста, находящимся на фототерапии. К побочным явлениям фототерапии относятся: - синдром "бронзового ребенка" у детей с холестазом (не является противопоказанием к фототерапии, но снижает ее эффективность); - частый жидкий стул; - эритематозно-папулезная сыпь; - пурпура и буллезные изменения кожи (очень редко).
Р2	отлично	Ответ верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	4	Как должно быть организовано дальнейшее лечение ребёнка, необходим ли перевод, куда и какие организационные моменты необходимо предусмотреть?
Э	-	Показан перевод на второй этап выхаживания. Врач оформляет Переводной эпикриз. Перевод осуществляется по согласованию заведующих отделениями. Предпочтительно транспортировать ребёнка бригадой РКЦ. Если же врач считает, что у новорожденного заболевание излечится в сроки не более 10 суток (и не представляют эпидемической опасности для окружающих), то наблюдение, обследование и лечение новорожденного может осуществляться медицинской организацией, в которой он родился, при наличии в ней условий для диагностики и лечения данного заболевания.

Р2	отлично	Ответ подробный, верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ неполный.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	5	К какой группе здоровья относится данный ребёнок и рекомендации по его диспансерному наблюдению?
Э	-	II группа здоровья. - Наблюдение врача-педиатра участкового. - В связи с высокой частотой развития поздней анемии, которая может потребовать трансфузию эритроцитов, после выписки из стационара рекомендуется проводить контроль гемоглобина 1 раз в 2-4 недели (по показаниям - чаще) в течение первых 3-х месяцев жизни. - Вопрос о профилактических прививках решают индивидуально с учетом противопоказаний, имеющихся в инструкциях к вакцинам.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 12 по Производственной (клинической) практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно – гигиеническому просвещению населения.
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У	Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родильном зале, в дальнейшем сосал активно. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. Пуповинный остаток отпал на 7-е сутки, пупочная ранка чистая. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.	

		При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4 – 37,6°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:*** Нв – 180 г/л, Эр – 5,5×10 /л, Ц.п. – 0,99, тромб. - 270×10 /л, лейк – 17,2×10 /л, метамиелоциты – 3%, п/я – 13%, с – 57%, л – 24%, м – 3%, СОЭ – 9 мм/ч. ***Общий анализ мочи:*** цвет соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 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, мочевина – 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.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, необходимое для его уточнения.
В	2	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Оцените правильность действий участкового педиатра.
В	3	Показаны ли в данном случае немедикаментозные методы терапии? Если да, то охарактеризуйте метод. Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям с пиодермией.
В	4	Определите тактику врача-неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме?
В	5	Определите, к какой группе здоровья будет отнесён данный ребёнок и рекомендации по его дальнейшему наблюдению?

Оценочный лист к задаче № 12 по клинической практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-3 ПК-4 ПК-5	готовность к (ПК-3): проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза готовность к (ПК-4): проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	A/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	A/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	A/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно – гигиеническому просвещению населения.
Ф	A/05.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем

		триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен в родильном зале, в дальнейшем сосал активно. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. Пуповинный остаток отпал на 7-е сутки, пупочная ранка чистая. На 8-й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4 – 37,6°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:*** Нв – 180 г/л, Эр – 5,5×10 /л, Ц.п. – 0,99, тромб. - 270×10 /л, лейк – 17,2×10 /л, метамиелоциты – 3%, п/я – 13%, с – 57%, л – 24%, м – 3%, СОЭ – 9 мм/ч. ***Общий анализ мочи:*** цвет соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 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, мочевина – 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.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз, назначьте дополнительное обследование, необходимое для его уточнения.
Э		ЛГВЗ, средней тяжести. Пузырчатка новорождённого, доброкачественная форма. Бак. посев содержимого пузырей на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Анализ крови на СРБ. ПКТ.
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён верно. Дополнительное обследование назначено в полном объёме.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но не полностью. Дополнительное обследование назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён неверно. Дополнительное обследование назначено неверно.
В	2	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Оцените правильность действий участкового педиатра.
Э	-	Действия участкового педиатра правильны. Все дети с пузырчаткой подлежат госпитализации. Вскармливание грудное. Антибактериальная терапия (оксациллин или цефалоспорины I-II поколения). В тяжёлых случаях – иммунотерапия (иммуноглобулин человека антистафилококковый, иммуноглобулин человеческий). Дезинтоксикационная терапия (по показаниям). Местное лечение (прокалывание пузырей и обработка спиртовым раствором анилиновых красок, 1-2% спиртовым р-ром бриллиантового зелёного, 1% спиртовым р-ром экстракта листьев эвкалипта шарикового, фукорцином). - эрозии подвергают с последующей обработкой мазями и пастами, содержащими антибиотики: бактробан (2% мазь мупипроцина - антибиотика широкого спектра действия для местного применения), ируксол, левомиколь,

		левосин, диоксиколь, диоксифен, эритромициновая, линкомициновая мази; - гигиенические ванны с применением дезинфицирующих средств: раствор калия перманганата 1:10 000, отвары чистотела, ромашки. Симптоматическая терапия.
Р2	отлично	Лечение назначено верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Лечение назначено не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Лечение назначено полностью неверно.
В	3	Показаны ли в данном случае немедикаментозные методы терапии? Если да, то охарактеризуйте метод. Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям с пиодермией.
Э	-	Возможно использование светотерапии: УФ-облучение эрозий. Данный метод направлен на санацию кожи. Критерии качества: Выполнен общий (клинический) анализ крови развёрнутый. Выполнен биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, креатинин, билирубин общий, АЛТ, АСТ). Выполнен анализ мочи общий. Выполнено бактериологическое исследование отделяемого высыпных элементов кожи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам. Проведена терапия лекарственными препаратами группы топические и/или системные антибактериальные и/или антисептические (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний). Достигнут частичный или полный регресс высыпаний на момент выписки из стационара.
Р2	отлично	Ответ верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан не в полном объёме.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	4	Определите тактику врача-неонатолога при выявлении этого заболевания в родильном доме?
Э	-	Ребёнка перевести на 2-й этап выхаживания (вывести из родильного дома). Бактериологическое исследование содержимого пузырей и антибиотикограмма. Прекращают приём детей в палату, где находился больной с пемфигусом. Всем контактным новорождённым детям проводят смену пелёнок и одеял. Кожу детей осматривают при каждом пеленании. Проводится тщательная текущая санитарная обработка детских палат. В санитарно-эпидемиологическую станцию (СЭС) отправляют экстренное извещение о данном заболевании. Контроль за состоянием кожи у контактных детей в течение недели.
Р2	отлично	Ответ подробный, верный.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ неполный.
Р0	неудовлетворительно	Ответ полностью неверный.
В	5	Определите к какой группе здоровья будет отнесён данный ребёнок и рекомендации по его дальнейшему наблюдению?
Э	-	II группа здоровья. Ребёнок входит в группу риска по развитию гнойно – воспалительных заболеваний. Первые 2-3 месяца после выздоровления педиатр или медицинская сестра осуществляют патронаж, измерение антропометрических данных, оценку состояния кожных покровов, исследование гемограммы каждый месяц.

		Важную роль отводят гигиеническому уходу за ребёнком, профилактике опрелостей, естественному вскармливанию.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 13 по клинической практике

	Код	**Специальность/Текст компетенции / название трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Неонатология
К	УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-5	Готовность к (УК-3) руководству работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организации процесса оказания медицинской помощи населению готовность к (ПК-1): проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале). готовность к (ПК-2): оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале. готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
Ф	А/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик родился от матери 33 лет. В течение 5-ти лет бесплодие. Беременность первая, ЭКО, протекала с угрозой прерывания в 18-19 и 32-33 недели. Роды срочные в 37 недель, путём операции кесарево сечение, предлежание плода ягодичное. Околоплодные воды светлые. Родился ребѐнок с массой 2900 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребѐнка на первой минуте тяжѐлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 110 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. При объективном осмотре выявлено отсутствие анального отверстия.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
В	2	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах.

В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка, а также возможные последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Определите тактику в случае отказа родителей новорожденного от родительских прав или в случае, если родители оставили новорожденного в медицинской организации акушерского профиля без оформления документов.
В	5	Определите организационные мероприятия в случае рождения вне медицинской организации ребенка, не нуждающегося в интенсивном лечении. В каком случае и как следует провести профилактику столбняка?

Оценочный лист к задаче №14 по клинической практике

	Код	Текст компетенции / название трудовой функции /название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-5	Готовность к (УК-3) руководству работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организации процесса оказания медицинской помощи населению готовность к (ПК-1): проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале). готовность к (ПК-2): оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале. готовность к (ПК-5): организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья.
Ф	А/01.8	Оказание медицинской помощи новорождённым и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).
Ф	А/02.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.
Ф	А/03.8	Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно - гигиеническому просвещению населения
Ф	А/05.8	Проведение анализа медико – статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
Ф	А/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме.
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЁРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мальчик родился от матери 33 лет. В течение 5-ти лет бесплодие. У мамы хроническая герпес вирусная инфекция, хроническая ЦМВИ. Беременность первая, ЭКО, протекала с угрозой прерывания в 18-19 и 32-33 недели. Роды срочные в 37 недель, путём операции кесарево сечение, предлежание плода ягодичное. Околоплодные воды светлые. Родился ребёнок с массой 2900 г, ростом 50 см с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Состояние ребёнка на первой минуте тяжѐлое, наблюдается акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон; сердцебиение – 110 ударов в минуту, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия. На отсасывание слизи – гримаса неудовольствия. При объективном осмотре выявлено отсутствие анального отверстия.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
Э		Асфиксия новорождённого, умеренная. Врождённый порок развития желудочно – кишечного тракта: атрезия ануса. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (хроническая внутри-

		утробная гипоксия плода), течения родов (родоразрешение путём операции кесарево сечение, ягодичное предлежание, обвитие пуповины вокруг шеи новорождѐнного), клинических проявлений (состояние тяжѐлое, акроцианоз; дыхание нерегулярное, стон, имеется некоторое сгибание конечностей, гипотония, гиподинамия), оценки по шкале Апгар (6 баллов).
Р2	отлично	Предварительный диагноз определён и обоснован верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Предварительный диагноз определён правильно, но при его обосновании учтены не все критерии. Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает.
Р0	неудовлетворительно	Предварительный диагноз определён и обоснован неверно.
В	2	Укажите критерии качества специализированной медицинской помощи детям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах.
Э	-	Выполнена оценка состояния новорождённого по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни, на 10-й минуте (при оценке по шкале Апгар на 5-й минуте менее 4-х баллов). Выполнена НСГ не позднее 72 часов от момента рождения. Выполнена консультация врача-невролога не позднее 24 часов от момента проведения НСГ. Выполнена повторная НСГ не позднее 96 часов от проведения предыдущей. Выполнен клинический анализ крови (развёрнутый) не позднее 24 часов после рождения. Выполнен анализ крови биохимический не позднее 24 часов после рождения (глюкоза, лактат, мочевина, калий, натрий, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин и его фракции). Выполнено исследование КОС крови (pH, PaCO2, PaO2, BE) не реже 4 раз в 24 часа при оценке по шкале Апгар ниже 3 баллов. Выполнена терапия противоэпилептическими лекарственными препаратами (при судорожном синдроме и отсутствии медицинских противопоказаний). Выполнено ингаляторное введение кислорода и/или неинвазивная ИВЛ и/или ИВЛ (при наличии медицинских показаний).
Р2	отлично	Ответ полный, указаны все критерии качества.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ неполный, не указаны 2-3 критерия. Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, не указана половина критериев.
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует.
В	3	Укажите общие принципы лечения асфиксии новорождённого ребёнка, а также возможные последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде.
Э	-	Общими принципами лечения асфиксии новорождѐнного ребѐнка являются проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений. Тяжѐлая асфиксия в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний лѐгких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.
Р2	отлично	Ответ полный, на дополнительные вопросы отвечает
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ неправильный или отсутствует
В	4	Назначьте и обоснуйте лечение данному больному. Определите тактику в случае отказа родителей новорожденного от родительских прав или в случае, если родители оставили новорожденного в медицинской организации

		акушерского профиля без оформления документов.
Э	-	Ребѐнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей, тактильная стимуляция, ИВЛ маской (масочная ИВЛ воздухом); оценить состояние новорождѐнного. При адекватном дыхании и сердечной деятельности закончить реанимационные мероприятия. Показан экстренный перевод в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации педиатрического профиля или в детское отделение по профилю заболевания ("детская хирургия"). В случае отказа родителей новорожденного от родительских прав или в случае, если родители оставили новорожденного в медицинской организации акушерского профиля без оформления документов, новорожденный подлежит переводу в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей медицинской организации педиатрического профиля.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Ответ полный, на дополнительные вопросы не отвечает Для оценки «удовлетворительно»: Ответ неполный, на дополнительные вопросы не отвечает
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
В	5	Определите организационные мероприятия в случае рождения вне медицинской организации ребенка, нуждающегося в интенсивном лечении. В каком случае и как следует провести специфическую профилактику столбняка?
Э	-	Бригада скорой медицинской помощи в первые часы жизни ребенка, родившегося вне медицинской организации и нуждающегося в интенсивном лечении, доставляет новорожденного в медицинские организации педиатрического или неонатологического профиля, где ему оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях. При родах вне медицинского учреждения (без участия медицинского работника) проводят экстренную специфическую профилактику столбняка. Новорожденным, родившимся от матерей, иммунный статус которых соответствует следующим положениям: - детям и подросткам, имеющим документальное подтверждение о проведении плановых профилактических прививок в соответствии с возрастом, независимо от срока, прошедшего после очередной прививки; - взрослым людям, имеющим документальное подтверждение о проведенном полном курсе иммунизации не более 5 лет назад; - лицам, имеющим, по данным экстренного иммунологического контроля, титр столбнячного антитоксина в сыворотке крови выше 1:160 по данным РПГА, что соответствует титру выше 0,1 МЕ/мл по данным биологической реакции нейтрализации - РН (защитный титр), экстренную профилактику не проводят. Всем остальным новорожденным, родившимся вне стационара, вводят 250 МЕ ПСЧИ или (при отсутствии ПСЧИ) - 3000 МЕ ПСС. Провести профилактику необходимо в течение 20-ти дней. Перед введением ПСС в обязательном порядке ставят внутрикожную пробу с лошадиной сывороткой, разведенной 1:100, для определения чувствительности к белкам сыворотки лошади (ампула маркирована красным цветом). Для постановки пробы используют индивидуальную ампулу, а также стерильные шприцы с делениями на 0,1 мл и тонкую иглу. Разведенную 1:100 сыворотку вводят внутрикожно в сгибательную поверхность предплечья в объеме 0,1 мл. Учет реакции проводят через 20 минут. Проба считается отрицательной, если диаметр отека или покраснения на месте введения меньше 1,0 см. Проба считается положительной, если отек или покраснение достигают в диаметре 1,0 см и более. При отрицательной кожной пробе ПСС (из ампулы, маркированной синим цветом) вводят подкожно в объеме 0,1 мл. При отсутствии реакции через 30

		минут, вводят стерильным шприцем остальную дозу сыворотки. В течение этого времени вскрытая ампула с ПСС должна быть закрыта стерильной салфеткой. Лицам с положительной реакцией на внутрикожное введение 0,1 мл разведенной 1:100 лошадиной сыворотки или имевшим реакцию на подкожное введение 0,1 мл ПСС, дальнейшее введение ПСС противопоказано. В медицинской документации необходимо зафиксировать проведение специфической профилактики столбняка.
Р2	отлично	Ответ дан полностью верно.
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Ответ дан частично верно.
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан полностью неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача № 14 по клинической практике

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
	ПК-5	готовность к (ПК-5) организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья
Ф	**А/04.8**	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно – гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Ребенок в возрасте 1 мес., в роддоме не прививался против туберкулеза в связи с наличием временных медицинских противопоказаний. В настоящее время здоров. Больных туберкулезом в окружении ребенка нет.
В	1	Нужно ли вакцинировать ребенка против туберкулеза, какой вакциной?
В	2	Необходимо ли провести перед проведением вакцинации постановку реакции Манту и почему?
В	3	Укажите сроки наблюдения за вакцинированными и ревакцинированными против туберкулёза детьми проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации или ревакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции.
В	4	Дайте характеристику местной реакции после вакцинации против туберкулёза.
В	5	Укажите условия проведения в роддоме иммунизации против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ - инфицированными матерями. Какая вакцина применяется для иммунизации в данном случае?

Оценочный лист к задаче № 14 по клинической практике

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.18	Специальность Неонатология
К	ПК-5	готовность к (ПК-5) организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья
Ф	А/04.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно – гигиеническому просвещению

		населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Ребенок в возрасте 1 мес., в роддоме не прививался против туберкулеза в связи с наличием временных медицинских противопоказаний. В настоящее время здоров. Больных туберкулезом в окружении ребенка нет.
В	1	Нужно ли вакцинировать ребенка против туберкулеза, какой вакциной?
Э		Нужно, используется БЦЖ-М - вакцина для щадящей иммунизации.
Р2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо / удовлетвори-тельно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 1-го дескриптора правильного ответа
Р0	неудовлетво-рительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	2	Необходимо ли провести перед проведением вакцинации постановку реакции Манту и почему?
Э	-	Необходимости в проведении реакции манту перед вакцинацией нет так как ребенок не достиг возраста 2 месяцев.
Р2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо / удовлетвори-тельно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 1-го дескриптора правильного ответа
Р0	неудовлетво-рительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	3	Укажите сроки наблюдения за вакцинированными и ревакцинированными против туберкулёза детьми проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации или ревакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции.
Э		Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми проводится через 1, 3, 6, 9 месяцев после вакцинации или ревакцинации с регистрацией размера и характера местной реакции.
Р2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
Р1	хорошо / удо-влетвори-тельно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 7-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
Р0	неудовлетво-рительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	4	Дайте характеристику местной реакции после вакцинации против туберкулёза
Э		Папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация.
Р2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
Р1	хорошо/ удовлетвори-тельно	Для оценки «хорошо» Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно» Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
Р0	Неудовлетво-рительно	Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
В	5	Укажите условия проведения в роддоме иммунизации против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ - инфицированными матерями. Какая вакцина применяется для иммунизации в данном случае?
Э		Иммунизация против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ - инфицированными матерями, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (тремя анти-

		ретровирусными препаратами в течение не менее 8 недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М.
P2	отлично	Указаны все дескрипторы правильного ответа
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: Указано не менее 3-х дескрипторов правильного ответа Для оценки «удовлетворительно»: Указано не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
P0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов правильного ответа
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	

Оценочное средство 3.

Чек-листы оценки практических навыков.

Название практического навыка: Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)

С	31.08.18 Неонатология		
К	УК-3 готовность к осуществлению руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организации процесса оказания медицинской помощи населению ПК-1 готовность к проведению клинической диагностики и обследования новорождённого и недоношенного ребёнка непосредственно после рождения (в родильном зале). ПК-2 готовность к оказанию медицинской помощи новорождённому и недоношенному ребёнку в родильном зале.		
Ф	Профессиональный стандарт "Врач-неонатолог", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 136н A/01.8 Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале)		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получение информации о состоянии здоровья матери ребенка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течении настоящих беременности и родов	1 балл	-1 балл
2.	Клинический осмотр и оценка состояния новорожденного и недоношенного ребенка в родильном зале	1 балл	-1 балл
3.	Оказание медицинской помощи новорожденному и недоношенному ребенку в родильном зале в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балла
4.	Формулирование предварительного диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней (далее - МКБ), клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	1 балл	-1 балл
5.	Организация и осуществление транспортировки новорожденного и недоношенного ребенка из родильного зала в соответствии с его состоянием	1 балл	-1 балл
	Итого		

Название практического навыка: Проведение медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза

С	31.08.18 Неонатология		
К	ОПК-4 готовность к проведению клинической диагностики и обследования пациентов ПК-3 готовность к проведению медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза		
Ф	Профессиональный стандарт "Врач-неонатолог", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 136н А/02.8 Проведение медицинского обследования новорождённых и недоношенных детей с целью установления диагноза		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получение информации о состоянии здоровья матери ребенка, течении и исходах предыдущих беременностей и родов, течении настоящих беременности и родов, динамике состояния ребенка после рождения, анамнезе заболевания ребенка	1 балл	-1 балл
2.	Клинический осмотр новорожденного и недоношенного ребенка	1 балл	-1 балл
3.	Назначение лабораторных и инструментальных исследований новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балла
4.	Назначение консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балл
5.	Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований у новорожденных и недоношенных детей	1 балл	-1 балл
6.	Формулирование диагноза с учетом МКБ, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	1 балл	-1 балл
	Итого		

Название практического навыка: Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей

С	31.08.18 Неонатология		
К	ОПК-5 готовность к назначению лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролю его эффективности и безопасности ПК-4 готовность к проведению вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей		
Ф	Профессиональный стандарт "Врач-неонатолог", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 136н А/03.8 Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорождённых и недоношенных детей		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Назначение питания новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	1 балл	-1 балл

	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
2.	Назначение лечебного питания новорожденным и недоношенным детям с заболеваниями и патологическими состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балла
3.	Организация и назначение условий выхаживания и методов ухода за новорожденными и недоношенными детьми в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балл
4.	Оценка эффективности вскармливания новорожденных и недоношенных детей	1 балл	-1 балл
5.	Определение плана лечения новорожденных и недоношенных детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балл
6.	Назначение лекарственных препаратов новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балл
7.	Назначение лечения новорожденным и недоношенным детям с применением медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балл
8.	Назначение немедикаментозного лечения новорожденным и недоношенным детям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	1 балл	-1 балл
9.	Оценка эффективности и безопасности проводимого лечения новорожденных и недоношенных детей	1 балл	-1 балл
	Итого		

Название практического навыка: Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

С	31.08.18 Неонатология
К	ОПК-8 готовность к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-5 готовность к организации и проведению профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорождённых и недоношенных детей, просветительской работы по сохранению их здоровья
Ф	Профессиональный стандарт "Врач-неонатолог", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 136н A/04.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Просветительная работа по сохранению здоровья новорожденных и недоношенных детей	1 балл	-1 балл
2.	Организация и проведение профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья новорожденных и недоношенных детей	1 балл	-1 балла
3.	Организация и проведение мероприятий по поддержке грудного вскармливания	1 балл	-1 балл
4.	Организация и проведение неонатальных скринингов на наследственные и врожденные заболевания	1 балл	-1 балл
5.	Организация и проведение вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у новорожденных и недоношенных детей	1 балл	-1 балл
6.	Организация и проведение противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции в отделениях неонатологического профиля (совместно с врачом-эпидемиологом)	1 балл	-1 балл
	Итого		

Название практического навыка: Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

С	31.08.18 Неонатология		
К	УК-1 готовность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-3 готовность к руководству работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организации процесса оказания медицинской помощи населению ОПК-1 готовность к использованию информационно - коммуникационные технологий в профессиональной деятельности и соблюдению правил информационной безопасности ОПК-2 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей ОПК-7 готовность к проведению в отношении пациентов медицинскую экспертизу ОПК-9 готовность к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
Ф	Профессиональный стандарт "Врач-неонатолог", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 136н А/05.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Составление плана работы и отчета о своей работе	1 балл	-1 балл
2.	Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	1 балл	-1 балла
3.	Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом	1 балл	-1 балл
4.	Проведение работы по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	1 балл	-1 балл
5.	Использование информационно-аналитических систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	1 балл	-1 балл
6.	Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну		
	Итого		

Название практического навыка: Оказание медицинской помощи в экстренной форме

С	31.08.18 Неонатология		
К	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства		
Ф	Профессиональный стандарт "Врач-неонатолог", утверждённого приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 136н А/06.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	1 балл	-1 балл
2.	Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме	1 балл	-1 балла
3.	Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания))	1 балл	-1 балл
4.	Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме	1 балл	-1 балл
	Итого		

общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения

«Не зачтено» 74 и менее% выполнения