

Электронная цифровая подпись



Утверждено 28 мая 2020 г.
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.
ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

***МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«НЕОНАТОЛОГИЯ, ПЕРИНАТОЛОГИЯ»***

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело
(уровень бакалавриата)

Направленность: Сестринское дело

Квалификация (степень) выпускника: Академическая медицинская сестра
(для лиц мужского пола-Академический медицинский брат). Преподаватель.

Форма обучения: очная

Срок обучения: 4 года

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса. по дисциплине «Неонатология, перинатология»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Неонатология, перинатология»

№ п/п	№ компетенции/ индикаторы компетенций	Формулировка компетенции, индикатора компетенции
Профессиональные компетенции:		
1	ПК-1	Готовность оценить состояние пациента для составления плана сестринских вмешательств
2	ПК 1.1	Способность и готовность проводить сбор медицинской информации, выявлять факторы риска и проблемы со здоровьем, обусловленные образом жизни
3	ПК 1.2	Способность и готовность определять потребности в профессиональном уходе, в объеме сестринского вмешательства
4	ПК 1.3	Готовность к проведению доврачебного обследования пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, травмами и отравлениями
5	ПК-2	Способность и готовность к организации квалифицированного сестринского ухода за конкретным пациентом
6	ПК 2.1	Способность и готовность выполнять процедуры и манипуляции сестринского ухода при участии и с согласия пациента
7	ПК 2.2	Готовность к профессиональному взаимодействию с персоналом отделения, службами медицинской организации и другими организациями, родственниками/законными представителями в

		интересах пациента
8	ПК 2.3	Способность и готовность к выполнению лечебно-диагностических процедур по назначению врача и/или совместно с врачом
9	ПК-4	Готовность к оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
10	ПК.4.1	Способность и готовность оказывать доврачебную медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях самостоятельно и в медицинской бригаде по алгоритму
11	ПК 4.2	Способность и готовность по алгоритму самостоятельно и в медицинской бригаде проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «Неонатология, перинатология» выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются (указать из методической разработки по дисциплине):

4.1. Написание рефератов, презентаций

1. Реанимационная помощь ребенку, рожденному в состоянии асфиксии (юридические аспекты).
2. Реанимационная помощь ребенку, рожденному в состоянии асфиксии тяжелой степени (юридические аспекты).
3. Аспирационный синдром. Адекватная неотложная помощь новорожденному.
4. Мекониальная аспирация. Адекватная неотложная помощь новорожденному.

5. Лечебно-охранительный режим новорожденному, рожденному в состоянии асфиксии.
6. Лечебно-охранительный режим для глубоко недоношенного новорожденного.
7. Современные принципы мониторинга основных витальных функций новорожденного ребенка.
8. Травматический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
9. Гипоксический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
10. Кардиологический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
11. Гиповолемический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
12. Септический шок у новорожденного ребенка. Адекватная интенсивная терапия.
13. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Современные методы диагностики и лечения.
14. Инфузионная терапия при гипертонической дегидратации у новорожденных.
15. Спонтанное дыхание под постоянным повышенным давлением. Принципы использования. Показания и противопоказания.
16. Высоочастотная искусственная вентиляция легких. Принципы использования. Показания и противопоказания.
17. Пролонгированная искусственная вентиляция легких. Принципы использования. Показания и противопоказания.
18. Менингит у новорожденных. Современные методы диагностики и лечения.
19. Перинатальные пневмонии. Современные методы диагностики и лечения.
20. Конъюгационные желтухи у новорожденных. Современные методы диагностики и лечения.
21. Гипербилирубинемия. Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
22. Острая надпочечниковая недостаточность у новорожденных. Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
23. Фетальный гепатит. Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
24. Парентеральное питание у новорожденных детей.
25. Принципы инфузионной терапии у доношенных детей.
26. Принципы инфузионной терапии у недоношенных детей.
27. Синдром дыхательных расстройств у новорожденного ребенка.
28. Респираторный дистресс-синдром у новорожденного ребенка.
29. Современные принципы перинатологии.
30. Диафрагмальные грыжи у новорожденного ребенка.

4.2 Написание эссе по темам:

1. Внутритробное развитие плода.
2. Инвазивные и неинвазивные методы диагностики состояния плода.
3. Токсические эмбриофетопатии (табачный, алкогольный, промышленный синдромы плода, особенности состояния новорожденных, родившихся у женщин с наркоманией и токсикоманией).
4. Влияние хронических заболеваний матери и патологии беременности на состояние новорожденных детей.
5. Понятие о смешанном и искусственном вскармливании детей первого года жизни.
6. Психологические особенности диады «мать-новорожденный». Особенности общения с мамой больного ребенка. Стадии переживания «синдрома утраты».
7. Группы риска и группы здоровья новорожденных, факторы риска по тугоухости и глухоте.
8. Вакцинопрофилактика новорожденных в род. доме (против туберкулеза, гепатита В). Сроки, условия вакцинации, противопоказания.
9. Первичный туалет новорожденного. Профилактика инфекционных заболеваний глаз .
10. Уход за пуповинным остатком, пупочной ранкой, кожным покровом в детском отделении род. дома.
11. Уход за новорожденным дома. Рекомендации по вопросам кормления, купания, уходом за кожным покровом, обработки пупочной ранки; прогулки.
12. Понятие об инициативе «Больница доброжелательного отношения к ребенку».
13. Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (10 принципов успешного грудного вскармливания).
14. Преимущества грудного вскармливания. Состав грудного молока. Фазы становления лактации.
15. Вскармливание новорожденных в роддоме. Понятие о раннем прикладывании к груди.
16. Окситоциновый и пролактиновый рефлекс. Признаки правильного прикладывания ребенка к груди.
17. Консультирование по грудному вскармливанию. Навыки «Слушать и узнавать»,

«Формирования уверенности и оказания поддержки».

18. Адаптация новорожденного к внеутробной жизни. Синдром «только-что родившегося ребенка». Понятие импринтинга.
19. Особенности терморегуляции новорожденных. Профилактика переохлаждения и перегревания.
20. Пограничные состояния новорожденных: транзиторное кровообращение.
21. Пограничные состояния новорожденных: физиологическая желтуха.
22. Пограничные состояния новорожденных: гормональный криз.
23. Пограничные состояния новорожденных: транзиторная убыль массы.
24. Пограничные состояния кожи новорожденных.
25. Транзиторные состояния со стороны мочевыделительной системы.
26. Транзиторные состояния со стороны желудочно-кишечного тракта.
27. Биоценоз новорожденных. Этапы становления микробиоценоза основных биотопов у новорожденных.
28. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Причины. Патогенез. Диагностика. Возможные последствия для новорожденного ребенка.
29. Понятие о кардиореспираторной депрессии новорожденного. Причины, диагностика.
30. Асфиксия новорожденного. Факторы риска. Патогенез.
31. Оценка степени тяжести асфиксии новорожденного. Принципы диагностики асфиксии. Оценка по шкале Апгар, ее значение.
32. Асфиксия новорожденного. Первичная реанимационная помощь. Приказ МЗ РФ № 000.
33. Адаптация новорожденных, перенесших острую асфиксию в родах. Постгипоксические состояния у новорожденных, церебральная ишемия. Уход, кормление, лечение в остром периоде.
34. Родовая травма. Причины. Классификация. Исходы.
35. Родовая травма. Надчерепные кровоизлияния. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
36. Родовая травма. Эпидуральное и субдуральное внутрочерепное кровоизлияние. Факторы риска. Клинические проявления при различной локализации кровоизлияния (дифференциальный диагноз). Выхаживание и лечение. Исходы.
37. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология, патогенез, клинические проявления.
38. Родовые повреждения спинного мозга. Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
39. Родовые повреждения периферических нервов (парезы и параличи). Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
40. Задержка внутриутробного развития. Понятие. Причины. Классификация. Клинические проявления. Особенности адаптации детей. Обследование, условия выхаживания, вскармливания. Профилактика.
41. Недоношенный ребенок. Понятие. Причины недонашивания беременности. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Понятие о заболеваниях, обуславливающих возможную инвалидность у недоношенных.
42. Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей.
43. Классификация детей с низкой массой при рождении. Особенности течения периода адаптации у маловесных новорожденных. Профилактика нарушений периода адаптации. Понятие о методе «кенгуру».
44. Понятие о трехэтапной системе выхаживания недоношенных детей. Организация режима ухода за недоношенными детьми в род. доме.
45. Организация ухода за недоношенными детьми на втором этапе выхаживания. Показания и противопоказания для перевода недоношенных детей на второй этап выхаживания. Правила выписки детей.
46. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде. Условия начала энтерального кормления. Способы кормления. Расчет питания. Понятие трофического питания.
47. Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных. Этиология, патогенез, клинические проявления. Лечение. Исходы.
48. Особенности физического развития и неврологического статуса недоношенных новорожденных.
49. Внутриутробные инфекции. Цитомегаловирусная инфекция. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы.

50. Внутритробные инфекции. Токсоплазмоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.

4.3 Решение ситуационных задач

Задача №1

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените данные акушерского анамнеза
3. Выявите переходные состояния.
4. Обоснуйте их происхождение.
5. Рассчитайте объем необходимого питания на третьи сутки жизни.
6. Нужна ли коррекция питания?
7. Потребна ли дополнительная консультация специалистов?
8. Нужны ли дополнительные методы обследования?
9. Обоснуйте принципы ведения ребенка в родильном доме
10. Возможно ли проведение профилактических прививок? В какие сроки?
11. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

Задача №2

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

Продолжительность родов 18 часов. Безводный период – 2 часа. Родостимуляция по схеме Штейна. Первый период 17 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Околоплодные воды (передние и задние светлые). Ребенок закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые сутки. Грудь взял хорошо. Остаток пуповины отсечен на третьи сутки.

Осмотрен на 5 сутки жизни. Кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Пупочная ранка влажная. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените переходные состояния.
3. Необходимы ли лечебные мероприятия?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать изменения со стороны грудных желез?
5. Каковы причины изменений грудных желез и мошонки?
6. С чем связаны проявления со стороны желудочно-кишечного тракта?
7. Нужна ли консультация хирурга?
8. Опишите необходимые мероприятия в родильном доме.
9. Можно ли выписать ребенка домой?
10. Дайте рекомендации при выписке.

Задача №3

Ребенок Н, девочка, родился при сроке гестации 40 недель. Беременность вторая. Первая закончилась медицинским абортom без осложнений. На учете в женской консультации с 15 недель беременности. В первой половине отмечался токсикоз в течении двух недель. С 22 недель

беременности диагностирована анемия (Hb – 98 г/л). Во второй половине беременности отмечались отеки на конечностях, патологическая прибавка в весе. В анализе мочи белок до 0,099 г/л. Артериальное давление поднималось до 140/90 мм.рт. ст. В сроке 32-34 недели лечилась в стационаре по поводу позднего токсикоза беременных. Продолжительность родов 26 часов. Первый период 25 часов 20 мин., потужной период 40 мин. Безводный период 6 часов. Стимуляция окситоцином и энзаппростом. Предлежание затылочное.

Ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Масса тела 3450 г., длина тела 49 см. окружность головы 35 см., окружность груди 33,5 см. Оценка по шкале Апгар 4-7 баллов. Околоплодные воды зеленые с примесью частиц мекония. Околоплодные оболочки легко рвутся. Плацента мясистая с кальцификатами.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины, приведшие к данной патологии
3. Укажите профилактические мероприятия во время беременности
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы во время беременности для прогнозирования данной патологии?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
6. Опишите первичные мероприятия в родовом зале.
7. Можно ли ребенка приложить к груди и когда?
8. Назовите мероприятия по уходу и питанию ребенка.
9. Назначьте лечение в родильном доме.
10. Укажите способы подачи кислородно-воздушной смеси.
11. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
12. Нужны ли консультации специалистов?

Задача №4

Ребенок К, мальчик, родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с токсикозом первой половины в течении трех недель. В 16 недель беременности перенесла ОРЗ, лечилась домашними средствами. С 25 недели диагностирована анемия – Hb – 100 г/л. Лечилась препаратами железа. Во второй половине беременности диагностирован поздний токсикоз беременных -отеки, патологическая прибавка в весе, подъем артериального давления до 145/90 мм.рт.ст. На УЗИ в 26 недель беременности – признаки фетоплацентарной недостаточности. У женщины рахитически суженый таз.

Масса тела ребенка при рождении 3900 г.. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов.

В детском отделении на третьи сутки: отмечается беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Сухожильные рефлексы оживлены. Безусловные рефлексы снижены. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см., баллотирует, ограничено швами.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины привели к развитию данного патологического состояния?
3. Какие отклонения в течении беременности способствовали возникновению патологии ?
4. Какова тактика ведения ребенка в родильном доме?
5. Можно ли проводить профилактические прививки?
6. Нужны ли дополнительные методы обследования?
7. Есть ли необходимость в консультации специалистов?
8. Проведите дифференциальную диагностику.
9. Опишите возможные осложнения.
10. Требуется ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

Задача №5

Ребенок С, мальчик, от первой беременности, протекавшей с гестозом первой половины в течение двух недель. Во второй половине беременности отмечалась избыточная прибавка в массе тела, отеки нижних конечностей. Роды затяжные, первый период 26 часов, второй период 40 минут. Эпизиотомия не проводилась. Родостимуляция окситоцином.

Ребенок родился с массой тела 4500 г., длина тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Плацента увеличена в размерах, рыхлая. При осмотре в отделении новорожденных - состояние средней тяжести. На манипуляции реагирует вяло. Мышечный тонус снижен. Безусловные рефлексы угнетены. При пальпации ключиц справа определяется припухлость, крепитация. Правонадплечье короче левого. Правую руку щадит.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Поясните причины выявленных изменений.
3. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Нуждается ли ребенок в дополнительных консультациях специалистов?
6. Принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
7. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
8. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
9. Показан ли перевод ребенка в отделение патологии новорожденных?

Задача №6

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

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

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины выявленных изменений.
3. Опишите особенности переходных состояний при данной патологии.
4. Нужны ли дополнительные методы исследования?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Обоснуйте принципы выхаживания ребенка.
7. Опишите принципы вскармливания.
8. Можно ли делать профилактические прививки?
9. Можно ли ребенка выписать домой?
10. Дайте рекомендации при выписке.

Задача №7

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

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

Концентрация общего билирубина в крови достигла 102 мкмоль/л. Концентрация гемоглобина в возрасте 6 часов 120 г/л.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы ?
5. Нужны ли консультации специалистов?
6. Назначьте лечение. Имеются ли показания к заменному переливанию крови?
7. Опишите технику заменного переливания крови.
8. Назовите альтернативные методы хирургической детоксикации.
9. Можно ли делать профилактические прививки?
10. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
11. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.

Задача №8

Ребенок Н, мальчик, родился от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 10 недель. Данная беременность протекала с токсикозом первой половины, ОРЗ в 22 недели. Профессия женщины связана с длительной работой с компьютером, продолжала работать до конца беременности.

Роды произошли в 27 недель. Родила самостоятельно. Продолжительность первого периода 4 часа, второго –15 минут. Ребенок закричал слабо после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1800 г.

При осмотре : значительное снижение двигательной активности, диффузная мышечная гипотония, выраженное снижение безусловных рефлексов. Разлитой цианоз кожных покровов с багровым оттенком. Раздувание крыльев носа, Ч.Д. 72 в 1 мин., втяжение податливых мест грудной клетки, западение грудины, «качелеобразный» тип дыхания. ЧСС 148 в минуту. Оценка по шкале Доунса 6 баллов. Грудная клетка вздута. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивается масса мелких влажных и крепитирующих хрипов. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум в пятой точке. Пенный тест Клементса слабоположительный. На Rg-грамме грудной клетки – многочисленные тени мелких ателектазов.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины невынашивания беременности.
3. Какие причины способствовали развитию невынашивания в данном случае?
4. Опишите патогенез заболевания у данного ребенка.
5. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
6. Изложите принципы выхаживания ребенка в родильном доме.
7. Опишите принципы терапии в родильном доме.
8. Какие возможные осложнения?
9. Проведите дифференциальный диагноз имеющейся у ребенка патологии.
10. Можно ли делать профилактические прививки?
11. Опишите принципы этапного выхаживания недоношенных.

Задача №9

Ребенок В, девочка, беременность третья, роды первые. Первая беременность закончилась медицинским абортom без осложнений, вторая – выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала с тяжелым токсикозом первой половины в течение трех недель. В сроке 18 недель диагностирована угроза выкидыша, две недели лечилась в стационаре. Продолжительность первого периода родов 6 часов, второго – 20 минут, безводный период 4 часа. Околоплодные воды мутные, зеленоватые.

Ребенок родился в срок с двукратным обвитием пуповиной вокруг шеи. Масса тела при рождении 3400 г. Закричал после отсасывания слизи из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди в первые сутки. На 8 часу жизни срыгнул алой кровью обильно. На 26 часу жизни на пеленке меконий с красным ободком крови.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию данной патологии?
3. Выделите основные патогенетические звенья заболевания.

4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Перечислите дополнительные методы исследования.
6. Назовите причины синдрома «заглоченной крови».
7. Какие мероприятия экстренной помощи необходимы?
8. Изложите принципы вскармливания ребенка в родильном доме.
9. Можно ли делать профилактические прививки?
10. Назначьте лечение.
11. Требуется ли перевод в стационар?

Задача №10

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

Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение трех недель. В конце беременности были отеки на ногах. Роды срочные, быстрые. Первый период 3 часа, второй 10 минут. Безводный период 2 часа.

При рождении ребенок закричал после освобождения от содержимого дыхательных путей. Масса тела при рождении 3000 граммов, оценка по шкале Апгар 7/ 9 баллов. В родильном доме грудь взял хорошо, сосал активно. Прививки сделаны. Пуповинный остаток отсечен на третьи сутки. Выписан домой на пятый день жизни в удовлетворительном состоянии.

На второй день пребывания дома появилось беспокойство, срыгивание, подъем температуры до 37,8°. Осмотрен участковым врачом и направлен в стационар. При осмотре в приемном покое возбужден, отказывается от груди. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. На коже передней брюшной стенки, бедер и в паховых складках пузыри овальной и округлой формы с вялой, морщинистой крышечкой, венчиком гиперемии вокруг размером 5-15 мм., легко снимаются. Температура тела 38 °. В анализе крови Нв 160 г/л, эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 0,97, СОЭ 5 мм в час, лейкоциты $8 \cdot 10^9/л$, п -1%, с 33%, э 1%, л 60%, м 5%.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
 2. Опишите мероприятия при поступлении.
- Назовите необходимые эпидемиологические мероприятия в родильном доме.
1. Каковы причины заболевания ребенка?
 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
 3. Нужны ли консультации специалистов?
 4. Изложите принципы ухода за ребенком
 5. Назначьте местное лечение.
 6. Обоснуйте принципы терапии.
 7. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
 8. Проведите дифференциальный диагноз.
 9. Каковы возможные исходы и прогноз при данной патологии?

Задача №11

Ребенок П, девочка, осмотрен педиатром в условиях дома в возрасте 14 дней. При осмотре пупочной области отек и гиперемия краев пупочной ранки, инъеция сосудов кожи вокруг нее. При раскрытии ранки и массаже пупочных сосудов выделился сливкообразный гной. Из анамнеза известно, что ребенок от юной первобеременной, первородящей женщины. Матери 16 лет. Брак не зарегистрирован. Беременность нежеланная. Мать курит. Бытовые условия неудовлетворительные.

Беременность протекала с токсикозом первой половины в течение 4 недель. На учете в женской консультации женщина не состояла. Роды на 37 неделе беременности, масса тела ребенка при рождении 2900 г.

Ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. К груди приложен на третий день жизни, в родильном доме сосал плохо. Пуповина отсечена на 4 день жизни. Отмечалось медленное заживление пупочной ранки. Из родильного дома выписан на 7 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. Дома находился на смешанном вскармливании, уход осуществлялся плохо.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какова должна быть тактика врача-педиатра?
3. Назовите причины заболевания.
4. Обоснуйте принципы общего и местного лечения.
5. Опишите мероприятия по уходу за ребенком.
6. Назначьте питание.
7. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
8. Назовите принципы антибиотикотерапии при гнойно-септических заболеваниях у новорожденных.
9. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
10. Укажите возможные осложнения.
11. Каков прогноз в данном случае?
12. Изложите принципы профилактики данной патологии.

Задача №12

Ребенок Т, мальчик, от первой беременности, извлечен путем Кесарева сечения. Женщина возрастная первородящая, 34 года. Имеет миопию тяжелой степени. Беременность протекала с угрозой выкидыша в 12 недель. Токсикоз первой половины в течении 2 недель. Во второй половине беременности женщина лечилась в стационаре по поводу ОПГ гестоза. В сроке 38 недель беременности произведено плановое родоразрешение под общей анестезией.

Извлечен мальчик, с массой тела 3100 г. в состоянии наркотической депрессии. Закричал слабо, после отсасывания содержимого из дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. К груди приложен на третьи сутки, сосал в родильном доме слабо. Выписан домой на 11 день жизни в удовлетворительном состоянии.

Перенес ОРЗ в возрасте 18 дней после контакта с больной матерью. На пятый день заболевания состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 38,5°. Отказывался от груди. Появилась одышка смешанного типа с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий до 70 в 1 мин. ЧСС 140 в минуту. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом, цианотичны. В легких при аускультации множественные рассеянные мелкопузырчатые хрипы.

После осмотра участковым педиатром госпитализирован в отделение патологии новорожденных. При обследовании в стационаре - Rg-логически: легочные поля вздуты, сосудистый рисунок усилен, местами сгущен, определяются многочисленные мелкоочаговые тени с обеих сторон. В анализе крови Нв 140 г/л, Le 18 г/л, п.я.-18%, с.я.-41%, Л- 32%, М- 6%, Э-3%.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причины заболевания.
3. Правильна ли тактика врача-педиатра на участке?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Нужна ли консультация специалистов?
6. Проведите дифференциальный диагноз данной патологии.
7. Перечислите возможные осложнения.
8. Обоснуйте принципы вскармливания больного.
9. Назначьте этиологическую терапию.
10. Сформулируйте принципы патогенетической терапии данного заболевания.
11. Каковы меры по предупреждению данной патологии?

Задача №13

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

После родов предпринято повторное выскабливание в связи с подъемом температуры у родильницы и наличием сукровичных выделений. Назначалась антибактериальная терапия. Состояние ребенка в родильном доме прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления токсикоза, и в 12 часов жизни он был экстренно переведен в стационар.

При осмотре состояние тяжелое, срыгивает с примесью желчи. Голову запрокидывает, отмечена гиперестезия, положительный симптом подвешивания Лессажа. Кожные покровы бледные, с

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

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Правильна ли тактика неонатологов родильного дома?
3. Назовите причины заболевания.
4. В какое отделение стационара должен быть госпитализирован ребенок?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные исследования потребуются?
7. Обоснуйте принципы ухода за ребенком.
8. Как должен вскармливаться больной?
9. Проведите дифференциальный диагноз.
10. Каковы принципы этиологической терапии в данном случае?
11. Обоснуйте патогенетическую терапию.

Задача №14

Ребенок К, мальчик, от третьей беременности у возрастной первородящей. Возраст 32 года. Предыдущие беременности закончились выкидышами в сроке 12 и 16 недель. Данная беременность протекала с угрозой выкидыша в сроке 10 и 18 недель, по поводу чего женщина лечилась в стационаре. В первой половине беременности отмечался токсикоз в течение 2 недель. В 20-24 недели отеки на ногах.

Роды стремительные (первый период 2 часа, второй – 10 минут), произошли при сроке гестации 26 недель. Масса тела ребенка при рождении 1180 г. Отмечалось длительное апноэ, которое затем неоднократно повторялось.

Со вторых суток жизни подергивание конечностей. Выраженная гиподинамия, арефлексия. В легких резко ослабленное дыхание, влажные единичные хрипы, розовые пенные выделения изо рта. В дальнейшем на Rg-грамме: диффузное снижение прозрачности легочных полей «размытый» легочный рисунок. Нейросонограмма: эхонегативные образования в сосудистых сплетениях боковых желудочков.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите признаки недоношенности.
3. Укажите возможные причины невынашивания.
4. Каковы этиология и патогенез изменений со стороны легочной системы в данном случае?
5. Выделите патогенетические звенья поражения нервной системы у ребенка.
6. Тактика ведения в родильном доме.
7. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
8. Проведите дифференциальный диагноз патологии дыхательной и нервной системы.
9. Обоснуйте принципы выхаживания и вскармливания больного.
10. Перечислите принципы патогенетической терапии.
11. Каковы меры профилактики данной патологии?
12. Составьте прогноз для больного.

Задача №15

Ребенок И, от первой беременности. Матери 22 года, страдает герпетической инфекцией с 12 летнего возраста. Обострения кожно-слизистой формы отмечались 2-3 раза в год. Лечилась местными препаратами (мазь Зовиракс, Бонафтон).

В конце данной беременности отмечались пузырьковые высыпания на наружных половых органах. Во время беременности токсикоз первой половины в течение 3 недель. Перенесла ОРЗ в легкой форме в сроке 20 недель. Лечилась домашними средствами.

Роды в срок. Продолжительность родов 20 часов. Первый период 19 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Родилась доношенная девочка, закричала сразу. Масса тела при рождении 3400 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в конце первых суток.

На четвертые сутки жизни состояние ухудшилось. Ребенок стал вялым, плохо сосал, срыгивал, отмечены мышечная гипотония, гипорефлексия. Периодически беспокоился. На коже туловища и

конечностей появилась пузырьковая сыпь. Склеры гиперемированы, веки отечны, небольшие выделения из глаз. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какова этиология данной патологии.
3. Какие факторы могли способствовать реализации заболевания у ребенка?
4. Установите время инфицирования.
5. Назовите этапы внутриутробного развития.
6. Характеризуйте особенности поражения плода и новорожденного в зависимости от времени заражения.
7. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
8. Нуждается ли больной в консультации специалистов?
9. Изложите принципы вскармливания ребенка.
10. Назначьте лечение.

Задача №16

Ребенок А. от первой беременности. Матери 23 года. У женщины вегетососудистая дистония с 16 летнего возраста. В женской консультации на учете с 7 недель беременности. При обследовании выявлен равномерно суженный таз. Отмечался токсикоз первой половины в течение двух недель. Анемия легкой степени во второй половине беременности. В 30-32 недели отмечались отеки на ногах. В анализах мочи следы белка.

Роды в срок, затяжные. Продолжительность первого периода 25 часов. Проводилась родостимуляция окситоцином, затрудненное выведение плечиков. Второй период 30 минут. Безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые, передние и задние, в умеренном количестве. Плацента не изменена, околоплодные оболочки целы, без признаков воспалительных изменений.

Родился мальчик в головном предлежании с массой тела 4350 г., без обвития пуповины. Отмечалось затруднение выведения плечиков. Закричал после отсасывания слизи из ротоглотки. Оценка по шкале Апгар 7/9, баллов.

При первом осмотре отмечено снижение активных движений в правой руке – лежит вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, в кисти движения сохранены. В левой руке и нижних конечностях мышечный тонус физиологический. Сухожильные рефлексы в левой руке резко снижены. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. По органам и системам без патологических отклонений.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Какие отклонения в течении беременности родов способствовали развитию патологии?
3. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае?
4. Можно ли проводить профилактические прививки?
5. Требуется ли госпитализация ребенка в стационар?
6. Нужна ли консультация специалистов?
7. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
8. Назначьте лечение
9. Каков прогноз в данном случае?

Задача №17

Ребенок А. (девочка) от первой беременности, матери 22 года. Из анамнеза известно, что женщина страдает хроническим тонзиллитом, язвой 12-перстной кишки, эрозией шейки матки.

В сроке беременности 31 неделя отмечались проявления аллергического дерматита после приема хофитола. В 11-12 недель выявлены инфекция мочевыводящих путей, кандидозный кольпит. Проводилось лечение. Во II триместре беременности выявлен и пролечен уреоплазмоз.

Роды на 41-42 неделе, отмечались признаки хронической гипоксии плода, слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, острая гипоксия плода. Произведено Кесарево сечение. При осмотре плаценты выявлены дегенеративные изменения. Околоплодные воды густо мекониальные.

Ребенок извлечен с массой тела 2800 г., длина тела 50 см., окр. головы 35 см., окр. груди 34 см. Оценка по шкале Апгар 1-2 балла. При первом осмотре состояние крайне тяжелое, без дыхания, с

редким сердцебиением. Проводились реанимационные мероприятия: санация ротоглотки, заинтубирован. При санации трахеи получен меконий. ИВЛ мешком Амбу. В легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Переведена в ПИТ в первые сутки жизни на аппарат ИВЛ с жесткими параметрами. Отмечалась клиника шока. Поставлен пупочный катетер, Титровался дофамин.

Состояние стало стабильнее. Не кормилась до 4 суток жизни, затем питание через зонд, усваивала. При переводе в стационар состояние с улучшением: на вспомогательной вентиляции, при самостоятельном дыхании отмечалось втяжение грудины и межреберий, на высоте вдоха влажные хрипы.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Назовите причины, способствовавшие развитию данной патологии
3. Назначьте лечение
4. Какие осложнения могут возникнуть со стороны легочной системы?
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
7. Какова должна быть дальнейшая тактика ведения ребенка?
8. Каков прогноз в данном случае?

Задача №18

Ребенок С. (мальчик). Родился от первой беременности. Матери 26 лет. У женщины пролапс митрального клапана без декомпенсации. В 26 недель беременности угроза позднего выкидыша, лечилась в стационаре.

Плод развивался в условиях хронической гипоксии. Роды запоздалые, на 42 неделе гестации, длительный безводный период. Околоплодные воды густо зеленые, плацента зеленая, с кальцификатами.

Ребенок родился с массой тела 3430 г., длина тела 54 см, Окр. головы 36 см, Окр. груди 35 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей и тактильной стимуляции. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, постанывал.

Отмечены признаки переносимости, акроцианоз, западение подключичной области, ЧД 56 в 1 минуту. Снижена двигательная активность, низкий мышечный тонус, снижение рефлексов. Кормился через соску.

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

Бригадой ОРИТ переведен в отделение реанимации в очень тяжелом состоянии. При осмотре хирурга подозрение на острую хирургическую патологию. После предоперационной подготовки произведена лапаротомия, выявлено два предперфорационных участка стенки сигмовидной кишки. При лапароцентезе получено 20 мл гнойного содержимого. Выведена декомпрессионная илеостома.

В послеоперационном периоде проводилось парентеральное, затем энтеральное питание, антибактериальная, иммунотерапия, патогенетическая терапия.

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

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Какие причины послужили развитию патологии?
3. Правильная ли тактика ведения больного в родильном доме?
4. Оцените анализ крови
5. Что могло послужить причиной изменений со стороны крови?
6. Прокомментируйте данные НСГ и R – граммы
7. Каков прогноз для больного?

Задача №19

Ребенок (девочка) от женщины 28 лет. Родилась от третьей беременности при ЭКО, две предыдущих – внематочные (у женщины трубное бесплодие). Беременность протекала с угрозой выкидыша в 13 недель, проходила стационарное лечение. Диагностирован и пролечен лимфаденит. Во время беременности отмечалось снижение гемоглобина.

На фоне хронической гипоксии плода при ножном предлежании произведено кесарево сечение с иссечением старого послеоперационного рубца на матке в сроке 31-32 недели беременности, извлечение за ножку.

Состояние при рождении тяжелое. Оценка по шкале Апгар 3/5 баллов, по шкале Сильвермана – 6 баллов, постанывал. В легких выслушивались крепитирующие хрипы. Масса тела 1750 г., длина – 43 см, окр. головы – 29 см, окр. груди – 27 см. Переведен в ПИТ. Состояние оставалось тяжелым, отмечалась кислородная зависимость, выражены признаки дыхательной недостаточности. Периодически беспокоилась, срыгивала, отмечалось вздутие живота. Вскармливание через зонд смесью по 5-10мл. Получала оксигенотерапию, гемостатическую, инфузионную, антибактериальную.

На 3 сутки жизни отмечалось ухудшение состояния: стал более вялым, мышечный тонус и рефлексы новорожденного снижены, в легких выслушивалась масса разнокалиберных хрипов, развился геморрагический синдром в виде кровянистого отделяемого из носовых ходов, пенистых выделений изо рта, окрашенных кровью. Переведен на масочную подачу кислорода.

По экстренным показаниям перелита свежезамороженная плазма. Отмечались кратковременные апноэ. В анализе крови :Hb – 153 г/л; Эр – 4,8 т/л; Le – 3,8 г/л; Ht – 45%, билирубин общий – 34мкмоль/л, свободный – 28 мкмоль/л. В анализе мочи следы белка, лейкоциты 4-5 в поле зрения. Проводился мониторинг сатурации, диуреза (за время наблюдения диурез достаточный).

Переведена выездной бригадой реанимации в ОРИТ детской больницы в очень тяжелом состоянии. На Rg-грамме грудной клетки выявлено: диффузное снижение прозрачности легочных полей, «размытый» легочный рисунок. Нейросонография: эхонегативные образования в сосудистых сплетениях боковых желудочков.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Какие причины привели к данной патологии?
3. Каковы функции легочного сурфактанта?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
5. Оцените анализы крови и мочи
6. Назначьте лечение
7. Нужно ли вводить искусственный сурфактант?

Ответы на ситуационные задачи

1. Диагноз – Период адаптации доношенного ребенка. Переходные состояния – транзиторная убыль массы тела, токсическая эритема, мочекишечный инфаркт.
2. Диагноз – Период адаптации. Переходные состояния – транзиторный катар кишечника, половой криз.
3. Диагноз - Внутритрубная гипоксия .
4. Диагноз - Родовая травма. Кефалогематома правой теменной области.
5. Диагноз - Родовая травма. Перелом ключицы справа. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-ишемическое, синдром угнетения, средней степени тяжести, острый период.
6. Диагноз - СЗВУР по гипотрофическому типу.
7. Диагноз – ГБН по Rh – фактору, желтушно – анемическая форма, тяжелое течение.
8. Диагноз – СДР. Распространенные ателектазы легких. ДН 11 ст. Недоношенность 27 нед.
9. Диагноз – ранняя геморрагическая болезнь новорожденного. Мелена, гематомезис.
10. Эпидемическая пузырчатка новорожденных.
11. Диагноз – Гнойный омфалит. Пупочный флебит.
12. Диагноз – Постнатальная двухсторонняя мелкоочаговая пневмония вирусно – бактериальной этиологии. ДН 11 ст, тяжелая, острый период.
13. Диагноз – Антенатальный сепсис, септикопиемия. Гнойный менингит. Некротизирующий энтероколит. Омфалит.
14. Диагноз – Недоношенность 26 нед. Малая масса тела при рождении. СДР. Отечно-геморрагический синдром. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-геморрагическое, ВЖК, синдром угнетения, судорожный синдром, тяжелое, острый период.

15. Врожденная герпетическая инфекция, интранатальная. Кожная форма. Герпетический кератоконъюнктивит. Острый период.

16. Родовая травма. Правосторонняя брахиоплексопатия, острый период.

17. СДР тяжелой степени. Синдром мекониальной аспирации. Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, острый период, синдром угнетения. СЗВУР по гипотрофическому типу. Переносимость 41-42 недели.

18. Некротизирующий энтероколит. Предперфорация сигмовидной кишки. Гнойный перитонит. Перинатальное гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС средней степени тяжести, синдром двигательных нарушений (мышечной дистонии). Неонатальные судороги. Анемия тяжелой степени, нормохромная, норморегенераторная. Переносимость.

19. СДР тяжелой степени. Отечно-геморрагический синдром. Перинатальное поражение ЦНС, гипоксически-геморрагическое, ВЖК, синдром угнетения, тяжелой степени, острый период. Недоношенность 31-32 недели.

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются (указать из методической разработки по дисциплине если таковые есть):

1. Тестирование.

4.4. Практические навыки для проведения текущего контроля успеваемости

1. Знать основные особенности развития детей раннего возраста и их значения для нормальной жизнедеятельности ребенка;

2. Владеть методами обследований ребенка на семейную патологию;

3. Применять основные правила по режиму дня, питанию и уходу за собой для беременной женщины; правила режима дня и кормления для кормящей матери;

4. Владеть методами профилактики мастита у кормящей матери;

5. Знать физиологические особенности новорожденных детей;

6. Владеть информацией о распространенных патологиях новорожденных детей, знать их признаки;

7. Владеть информацией об основных психологических особенностях детей до 3-х лет;

8. Владеть информацией о вскармливании новорожденных – кормление грудью, искусственное кормление и смешанное кормление.

9. Применять основные правила гигиены новорожденного ;

10. Разбираться в профилактике таких заболеваний, как анемия, рахит, диатез и т.д.

11. Знать все о прививках детей раннего возраста, противопоказания и показания для прививок;

12. Владеть первой медицинской помощью в экстренных ситуациях

13. Владение техникой выполнения гигиенических, профилактических и лечебных манипуляций:

- как правильно сцеживать и массажировать грудь;

- как проводятся контрольные кормления;

- правила пеленания ребенка;

- гигиена ребенка раннего возраста;

- правила купания малыша - малыша первые 6 месяцев нужно обязательно купать каждый день, лучше всего делать это перед последним кормлением.

14. Владеть алгоритмом купания :

При купании обязательно необходимо следить за температурой воды – 36-37 градусов.

Температура воздуха в комнате не должна превышать 23-24 градуса. Купание младенца занимает по времени приблизительно 5 минут. Желательно больше по времени этого не делать. Малыша медленно опускают в воду, головку мама придерживает на своем локте. Заканчивать купание необходимо обливанием водой с кувшина на спинку ребеночка. Важным моментом является то, что вода должна быть 35 градусов. После купания ребеночка осторожно обтирают мягким полотенцем или же пеленочкой .;

- основные положения по уходу за кожей малыша;

- обработка пупочной раны – основные правила;

- контроль за температурой ребенка, обязательное заполнение бланка;

- следить за пульсом и частотой дыхания ребенка;

15. Уметь правильно делать клизмы и ставить газоотводные трубки;

16. Владеть диагностикой психологического состояния детей до года , применять их на практике;

17. Знать все о правилах закаливания малышей;

18. Владеть навыками приготовления смесей, прикормов для детей до 3-х лет.

4.5 Проведение круглого стола по теме: Доношенный и недоношенный новорожденный.

Оценка физического развития новорожденного. Понятие зрелости новорожденного

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

.Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Неонатология, перинатология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (всего)42	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков, подготовка к круглому столу
1	Введение в перинатологию и неонатологию. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
2	Перинатальная психология.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
3	Физиология периода новорожденности. Больница доброжелательного отношения к ребенку. Грудное вскармливание.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
4	Санитарно-эпидемиологический режим родильного дома.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
5	Доношенный и недоношенный новорожденный. Оценка физического развития новорожденного. Понятие зрелости новорожденного.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
6	Адаптация новорожденного ребенка к внеутробной жизни. Пограничные состояния новорожденных. Группы здоровья, группы риска новорожденных.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
7	Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Первичная реанимационная помощь в родильном зале. Постгипоксические состояния.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
8	Родовые травмы.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
9	Гемолитическая болезнь новорожденных.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
10	Внутриутробные инфекции.	решение ситуационных задач, написание

		рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
11	Недоношенный ребенок	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
12	Геморрагическая болезнь новорожденного.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
13	Гнойно-септические заболевания новорожденных.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
14	Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) Зачёт	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков, подготовка к круглому столу

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Неонатология, перинатология».

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

Для оценки рефератов:

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

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

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

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

Для оценки презентаций:

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

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

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы науки. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях

соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

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

Для оценки Эссе

Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

Для оценки выполнения практических навыков

Оценка «отлично» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.

Для проведения круглого стола

Отлично: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – повышенный. Обучающийся активно решает поставленные задачи, демонстрируя свободное владение предусмотренными навыками и умениями на основе использования полученных знаний.

Хорошо: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – достаточный. Обучающийся решает поставленные задачи, иногда допуская ошибки, не принципиального характера, легко исправляет их самостоятельно при наводящих вопросах преподавателя; демонстрирует владение предусмотренными навыками и умениями на основе использования полученных знаний.

Удовлетворительно: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – пороговый. Обучающийся при решении поставленные задачи, часто допускает ошибки, не принципиального характера, исправляет их при наличии большого количества наводящих вопросах со стороны преподавателя; не всегда полученные знания может в полном объеме применить при демонстрации предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

Неудовлетворительно: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) не освоены или освоены частично. Уровень освоения компетенции –

подпороговый. Обучающийся при решении поставленные задачи, допускает ошибки принципиального характера, не может их исправить даже при наличии большого количества наводящих вопросах со стороны преподавателя; знания по дисциплине фрагментарны и обучающийся не может в полном объеме применить их при демонстрации предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Неонатология, перинатология»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «Неонатология, перинатология»;
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;

2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;

2. Выделите главное, составьте план;

3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;

4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.

5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или

пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Неонатология, перинатология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (всего) 42	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков, подготовка к круглому столу
1	Введение в перинатологию и неонатологию. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
2	Перинатальная психология.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
3	Физиология периода новорожденности. Больница доброжелательного отношения к ребенку. Грудное вскармливание.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
4	Санитарно-эпидемиологический режим родильного дома.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
5	Доношенный и недоношенный новорожденный. Оценка физического развития новорожденного. Понятие зрелости новорожденного.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
6	Адаптация новорожденного ребенка к внеутробной жизни. Пограничные состояния новорожденных. Группы здоровья, группы риска новорожденных.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
7	Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного. Первичная реанимационная помощь в родильном зале. Постгипоксические состояния.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,

8	Родовые травмы.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
9	Гемолитическая болезнь новорожденных.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
10	Внутриутробные инфекции.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
11	Недоношенный ребенок	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
12	Геморрагическая болезнь новорожденного.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
13	Гнойно-септические заболевания новорожденных.	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков,
14	Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) Зачёт	решение ситуационных задач, написание рефератов; презентаций, эссе, отработка практических навыков, подготовка к круглому столу

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Неонатология, перинатология». Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы