

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ ФПО

Боярська Л.М., Котлова Ю.В., Чорна І.В.,  
Подліанова О.І., Давидова А.Г., Курочкіна Т.І.

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ  
НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
З ФАХУ «НЕОНАТОЛОГІЯ»**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Запоріжжя  
2014

УДК 61 – 053 . 31 : 378. 046 (073)

О – 64

ББК 57 . 31 : 74 я 73

Розглянуто та рекомендовано до друку ЦМК ЗДМУ  
Протокол № від 12.02.2014 р.

Рецензенти:

**Бережной Вячеслав Володимирович** - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії 2 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

**Нагорна Наталія Володимирівна**

- доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету імені М.Горького.

Боярська Л.М., Котлова Ю.В., Чорна І.В., Подліанова О.І., Давидова А.Г., Курочкіна Т.І. Організація навчального процесу на базах стажування лікарів-інтернів з фаху «неонатологія». Навчальний посібник / Л.М.Боярська., Ю.В. Котлова, І.В. Чорна., О.І. Подліанова., А.Г. Давидова., Т.І.Курочкіна – Запоріжжя, 2014.-125 С.

В навчальному посібнику зібрані необхідні відомості, які допоможуть керівникам лікарів-інтернів з фаху «Неонатологія» на базах стажування з високою ефективністю організувати їх роботу та навчання. Особлива увага приділяється важливості оволодіння практичними навичками, які повинні відпрацювати інтерни; у додатках наведений їх перелік. Запропоновані зразки документації для керівників заочної інтернатури, зразки звітної документації лікарів-інтернів, наданий перелік рекомендованої для вивчення літератури, методичні розробки для проведення семінарів.

Надана інформація базується на затверджених МОЗ України положеннях та нормативних актах, які регламентують стажування лікарів-інтернів в базових закладах департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації - Положенні про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III - IV рівнів акредитації (наказ МОЗ України № 291 від 19.09.96 р.), Типовому навчальному плані та програмі спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «Неонатологія» (Київ, 2013). Навчальний посібник призначений для керівників лікарів-інтернів з фаху «Неонатологія» на базах стажування, лікарів-інтернів.

ISBN

Боярська Л.М., Котлова Ю.В., Чорна І.В.,  
Подліанова О.І., Давидова А.Г., Курочкіна Т.І.  
2014

Запорізький державний медичний університет,  
2014

УДК 61 – 053 . 31 : 378. 046 (073)

О – 64

ББК 57.31:74я73

## ЗМІСТ

Зміст	3 .
Вступ	4
Загальні положення	5.
<b>ЧАСТИНА 1</b>	
Організація навчального процесу	5
Обов'язки відповідального за інтернатуру на базі стажування	7
Обов'язки керівника інтернів на базі стажування	8
Обов'язки і права лікарів-інтернів	10
План навчання в інтернатурі	11
Організація навчального процесу	12
Організація науково-дослідної роботи лікарів-інтернів	14
Контрольні заходи	15
<b>ЧАСТИНА 2</b>	
Підготовка до ліцензійного екзамену КРОК-3	18
Методичні розробки семінарських занять	39
Додаток 1. Паспорт бази стажування лікарів-інтернів	71
Додаток 2. Перелік документів з інтернатури, які мають вестись у базових установах стажування інтернів	73
Додаток 3. Перелік документів интерна, необхідних для проведення підсумкової атестації інтернів	74
Додаток 4. Протокол атестації інтернів	74
Додаток 5. Тематичний план семінарських занять на період заочного навчання лікарів-інтернів за фахом «Неонатологія»	75
Додаток 6. Рекомендовані теми рефератів	76
Додаток 7. Перелік практичних навичок	77
Додаток 8. Зразок звітної документації лікаря-інтерна	79

(індивідуальний план, щоденник)

Додаток 9.	Примірник посадової інструкції лікаря-інтерна	103
Додаток 10.	Зразок Акту перевірки клінічної бази	106
Додаток 11.	Перелік рекомендованої літератури	108

## ВСТУП

В даний час відбувається бурхливий розвиток неонатології, зумовлений чітким усвідомленням факту провідної ролі перинатальних факторів в етіології і патогенезі багатьох хронічних хвороб людини. Неонатологія – наука про виходжування новонароджених: застосуванні оптимальних методів діагностики та лікування хвороб, реабілітації хворих новонароджених, створення в неонатальному періоді умов, необхідних для формування здоров'я у всьому подальшому житті людини. Впровадження в Україні світових стандартів організації та забезпечення перинатальної та неонатальної допомоги потребує відповідної підготовки молодих спеціалістів.

Підготовка лікарів в інтернатурі з неонатології має за мету теоретичну та практичну підготовку з питань фізіології та патології новонароджених, надання невідкладної допомоги, проведення інтенсивної терапії, виходжування недоношених дітей, яку лікарі-інтерни отримують з відповідною клінічною практикою під керівництвом базових керівників заочного навчання на базі лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я матері та дитини - родопомічних, відділень неонатологічного профілю дитячих лікарень, перинатальних центрах.

Основними завданнями інтернатури з фаху «неонатологія» є підвищення рівня професійної готовності лікарів-інтернів для їх самостійної роботи в якості спеціаліста-неонатолога, що можливо досягнути завдяки удосконалення оволодіння професійних навичок з основних розділів неонатології, вивчення клініки та діагностики захворювань новонароджених, методів консервативного лікування та інтенсивної терапії. Саме інтернатура повинна забезпечити готовність фахівця до самостійної діяльності, зорієнтувати на активну пізнавальну роботу протягом всієї професійної діяльності. Ось чому так важливо якісно сформулювати цілі, чітко організувати навчальний процес, особливо під час практичного стажування в заочному періоді підготовки лікаря-інтерна.

## ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Інтернатура за фахом «Неонатологія» проводиться у формі очного навчання на кафедрах неонатології та кафедрах неонатології, заочне стажування - в базових установах охорони здоров'я - перинатальний центр, пологовий будинок, відділення виходжування новонароджених з перинатальною патологією, інтенсивної терапії новонароджених дитячих лікарень.

Організують та супроводжують підготовку лікарів-інтернів на заочному періоді:

- відділ кадрів Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації
- головний лікар базової установи
- відповідальний за інтернатуру на базі стажування
- безпосередній керівник лікарів-інтернів на базі стажування

Керівництво інтернами може доручатися лікарям, які мають атестаційний рівень вищої і першої категорії, досвід роботи і проходили підготовку на відповідному циклі підвищення кваліфікації.

## ЧАСТИНА 1

### ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Початок навчання в інтернатурі з 1 серпня, починається на базі стажування впродовж 1 місяця та продовжується після 6 місяців очного навчання. Загальна тривалість навчання в інтернатурі за фахом «Неонатологія» - 24 місяці.

Підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю „Неонатологія” проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типових навчальних планів і робочих програм післядипломної підготовки, у відповідності з Кваліфікаційними характеристиками лікарів фаху «неонатологія».

Якщо випускник без поважних причин не приступив до навчання в інтернатурі до 1 вересня поточного року, то він згідно «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних та фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації», затвердженого наказом МОЗ 19.09.1996 № 291 не допускається до проходження інтернатури до 1 серпня наступного року. За наявності поважної причини тривалість навчання подовжується на термін запізнення.

Для лікарів-інтернів, які одночасно навчаються в магістратурі, тривалість очної частини інтернатури на кафедрі подовжується на 3 місяці за рахунок відповідного скорочення тривалості стажування в базових закладах та установах охорони здоров'я.

Бази та базові керівники інтернів затверджуються наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації. На кожній базі складається «Паспорт бази стажування лікарів-інтернів», який представляється в Департамент охорони здоров'я, відділ інтернатури вищого навчального закладу і на кафедру. (див. додаток №1). Паспорт бази стажування лікарів-інтернів складається та переглядається 1 раз у 3 роки.

Головний лікар базової установи охорони здоров'я вживає заходів щодо підвищення рівня діагностичної, лікувально-профілактичної, протиепідемічної роботи у базовій установі, забезпечує інтернів усім необхідним, згідно вимогам до бази стажування лікарів-інтернів. На підставі наказу Департаменту охорони здоров'я обласної держадміністрації, головний лікар видає наказ про їх зарахування на посади лікарів-інтернів за спеціальністю „Неонатологія”, забезпечує знайомство інтернів з напрямками діяльності базового закладу, районом обслуговування дитячого населення, правилами внутрішнього розпорядку, охорони праці та техніки безпеки, правами та обов'язками лікарів-інтернів, тощо. Забезпечує залучення лікарів-інтернів до участі у санітарно-освітній роботі. Разом із завідувачем профільної кафедри вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти затверджує індивідуальні навчальні плани підготовки лікарів в інтернатурі.

Щорічно на засіданні медичної ради (трудового колективу) проводить обговорення стану стажування лікарів-інтернів і виконання завдань МОЗ, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та рекомендації вищого закладу освіти щодо удосконалення роботи бази стажування лікарів-інтернів.

На підставі наказу МОЗ, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та путівки вищого закладу освіти відряджає лікарів-інтернів у відповідний заклад освіти на очну частину навчання. Для планування та здійснення організаційно-методичних заходів, поточного контролю за їх виконанням може призначати відповідального за загальне керівництво лікарями-інтернами на базі стажування.

#### ОБОВ'ЯЗКИ ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЗА ІНТЕРНАТУРУ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

Організує стажування лікарів-інтернів у відповідності з типовими навчальними планами і програмами, працюючи в тісній взаємодії із деканатом вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти, профільними кафедрами вищого закладу освіти, головними спеціалістами МОЗ та Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.

На початку інтернатури складає графік роботи лікарів-інтернів в спеціалізованих відділеннях та інших структурних підрозділах бази стажування у відповідності з індивідуальними планами підготовки лікарів-інтернів.

Разом із викладачами профільної кафедри вищого медичного закладу освіти знайомить керівників лікарів-інтернів на базах стажування з вимогами навчальних планів та програм, забезпечує їх необхідними програмами та методичними матеріалами з інтернатури по неонатології.

Залучає лікарів-інтернів до активної участі в клінічних, патолого-анатомічних та науково-практичних конференціях, які проводяться в базовій установі охорони здоров'я.

Систематично здійснює контроль за роботою керівників лікарів-інтернів на базах стажування, бере участь у прийманні заліків, які передбачені програмою, вживає заходів щодо поліпшення фахової підготовки в інтернатурі, готує звіти на раду установи охорони здоров'я з питань стажування лікарів-інтернів.

## ОБОВ'ЯЗКИ КЕРІВНИКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

Виконання курсів навчальної програми інтернами на базі стажування досягається шляхом їх практичної лікарської діяльності під керівництвом безпосереднього керівника інтернів у відділеннях неонатологічного профілю

Призначається наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації за погодженням з деканатом вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти з числа спеціалістів вищої або першої кваліфікаційної категорії (переважно завідувачі профільним відділенням) з розрахунку на одного керівника 7 лікарів-інтернів.

На початку стажування визначає рівень знань та умінь у лікарів-інтернів, результати якого враховуються при складанні навчальних планів їх підготовки.

Разом з викладачем профільної кафедри на підставі типового навчального плану і програми складає навчальний план підготовки лікарів-інтернів і подає на затвердження керівнику бази стажування та завідувачому профільної кафедри.

Забезпечує умови для виконання лікарями-інтернами індивідуальних планів проходження стажування.

Залучає лікарів-інтернів до систематичної активної участі в діагностичній, лікувальній, санітарно-профілактичній роботі, у виконанні усіх видів діяльності, передбачених вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами інтернів.

Створює належні умови для набуття лікарями-інтернами необхідних умінь, професійних знань та практичних навичок і здійснює контроль за виконанням індивідуальних навчальних планів підготовки лікарів-інтернів.

Керівник повинен приділяти особливу увагу підбору тематичних новонароджених, зокрема, з урахуванням ознайомлення інтерна з їх патологією, тематика якої підлягає вивченню в даний період проходження інтернатури, його можливості самостійно виконувати необхідні діагностичні та лікувальні маніпуляції

Проводить з лікарями-інтернами планові і тематичні клінічні обходи, аналіз історій хвороб та інших документів, співбесіди, семінари, практичні заняття. Контролює та несе відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації, бере участь у проведенні базового, проміжного, підсумкового контролю. Керівник інтернів у звітах, які подаються у деканат вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти, повинен указати:

- відповідність необхідної та наявної документації у лікарів-інтернів, її ведення,
- головні заходи по виконанню типового навчального плану за даний період, відповідність підготовки інтернів вимогам типового плану,
- теми залікових занять,
- участь інтернів у лікарських конференціях,
- виробнича дисципліна (кількість днів працевтрат, з яких причин),
- оціночна відомість по засвоєнню практичних навичок, рівень теоретичних знань за п'ятибальною шкалою,
- кількість виконаних рефератів.

Проводить з лікарями-інтернами індивідуальну виховну роботу, навчає принципам медичної етики та деонтології.

Систематично підвищує свій професійний рівень, педагогічну майстерність, підтримує постійний зв'язок з професорсько-викладацьким складом профільної кафедри, бере участь у роботі навчально-методичних

конференцій для керівників інтернатури, які проводяться вищими закладами освіти.

Відповідає за наявність та заповненість на базі стажування стенду із документами з організації навчального процесу в інтернатурі: графіками проходження інтернатури, семінарських занять, чергувань по лікарні, конференцій та ін.

## ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

За період заочного навчання лікар-інтерн працює під керівництвом лікаря базового лікувального закладу, призначеного його безпосереднім керівником. На лікаря-інтерна на цей період розповсюджуються правила внутрішнього розпорядку, права та пільги, які встановлені для працівників даного закладу охорони здоров'я.

На базах стажувань лікар-інтерн під керівництвом безпосереднього керівника

- виконує 50% навантаження лікаря відповідної спеціальності (у відділенні та поліклініці)
- здійснює не менше двох 12-тигодинних чергувань за місяць під керівництвом лікаря (і в заочному, і в очному періоді навчання); час чергування враховується до місячної норми праці лікаря-інтерна, він передбачений навчальним планом і додатковій платні не підлягає
- своєчасно і у повному обсязі веде особисту документацію
- щомісяця складає один реферат за визначеною викладачем тематикою
- приймає участь у клінічних обходах, патологоанатомічних конференціях, роботі лікувально-консультативних засідань
- готується до практичних та семінарських занять за вказаною тематикою
- щоквартально складає звіт про виконання запланованої роботи.

Інтерну не слід обмежуватися роботою тільки з закріпленими за ним здоровими і хворими новонародженими. Він повинен знати всіх пацієнтів у відділенні, бути ознайомленим з динамікою захворювання та лікування тяжких

хворих, з проведенням диференційної діагностики, незалежно від того, хто є їх лікуючим лікарем. Для підвищення активності лікаря інтерна необхідно йому доручати виконання різноманітних маніпуляцій, надавати допомогу в організації додаткових досліджень, стежити за виконанням відповідальних призначень.

Заробітна плата інтернам протягом усього періоду навчання в інтернатурі виплачується за рахунок установ, які затверджені базою інтернатури, у встановленому діючим законодавством розмірі (для бюджетної форми навчання).

### ПЛАН НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ

Типовим навчальним планом / Робочою програмою підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Неонатологія» протягом 24 місяців інтернатури передбачено 11 місяців роботи на базі стажування інтерна: протягом першого року навчання – 5 місяців роботи та один місяць відпустки, протягом другого року навчання – 6 місяців роботи. Цими документами регламентується тривалість роботи лікарів-інтернів в певних відділеннях баз стажування для отримання найбільш повного практичного досвіду при роботі з новонародженими різного віку.

#### РОЗПОДІЛ ЧАСУ ДЛЯ РОБОТИ У ВІДДІЛЕННЯХ НА ПЕРІОД ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ

Назва відділення	Код, назва курсу навчальної програми	Число тижнів практичної роботи
1	2	3
Пологовий будинок, пологове відділення, післяпологове відділення спільного перебування матері і дитини	1. Організація діяльності родопомічного закладу та медичної допомоги новонародженим 2. Фізіологія пери- та неонатального періоду. 3. Фізіологічний догляд та грудне вигодовування здорової новонародженої дитини	14

Відділення (палата) інтенсивної терапії новонароджених пологового будинку, пологова зала	4. Патологія пери- та неонатального періоду 5. Інфекції пери- та неонатального періоду. Основи інфекційного контролю. 7. Інтенсивна терапія та невідкладні стани у новонароджених з перинатальною патологією Надання невідкладної медичної допомоги та інтенсивна терапія у новонароджених з асфіксією, розладами дихання, вродженими вадами розвитку, гіпербілірубінемією тощо 6,7. Показання та підготовка до транспортування хворих та недоношених новонароджених до дитячої лікарні або відділення перинатального центру	10
Відділення виходжування новонароджених обласних дитячих лікарень	1. Організація діяльності лікувально-профілактичного закладу та медичної допомоги новонародженим 4. Патологія пери- та неонатального періоду 5. Інфекції пери- та неонатального періоду. Основи інфекційного контролю 7. Медична допомога новонародженим з перинатальною патологією (гіпоксичні ураження ЦНС, розлади дихання, метаболічні порушення, гіпербілірубінемії, перинатальні інфекції, сепсис тощо) 8. Особливості фармакотерапії новонароджених	6
Відділення виходжування недоношених дітей обласних дитячих лікарень	1. Організація діяльності лікувально-профілактичного закладу та медичної допомоги недоношеним новонародженим 5. Інфекції пери- та неонатального періоду. Основи інфекційного контролю 6. Інтенсивна терапія та виходжування дітей з малою масою тіла (тепловий ланцюжок періоду, респіраторна підтримка, ентеральне вигодовування, парентеральне харчування ) 8. Особливості фармакотерапії у передчасно народжених дітей	6
Відділення інтенсивної терапії новонароджених обласних дитячих лікарень	5. Інфекції пери- та неонатального періоду. Основи інфекційного контролю 6. Інтенсивна терапія та виходжування дітей з малою масою тіла (респіраторна підтримка, штучна вентиляція легень, парентеральне харчування, ентеральне вигодовування) 7. Невідкладні стани та інтенсивна терапія у новонароджених з перинатальною патологією 8. Особливості фармакотерапії новонароджених	8
Разом:		44

## ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Для виконання програми навчання в заочному періоді стажування Типовим навчальним планом / Робочою програмою передбачено проведення з лікарями-інтернами керівником інтернатури на базі стажування семінарів, клінічних розборів хворих, участі у ЛКК та патолого-анатомічних конференціях.

Основою підготовки лікаря-інтерна до названих видів навчання є самостійна робота над літературою. Керівник повинен з'ясувати у інтерна з якою літературою він ознайомлений, та порекомендувати найбільш відповідні. При підготовці інтернами доповідей використовується додаткова література, збірники і т.д., у вибірці яких повинні надати допомогу керівники інтернів.

Для формування клінічного мислення дуже важливий постійний діалог між лікарями-інтернами та керівником інтернатури на базі стажування за щоденними питаннями та проблемами, які виникають під час організації надання допомоги здоровим та хворим новонародженим різного гестаційного віку народження. Приблизний перелік тем семінарів наданий у додатку 5. При проведенні семінару важливо домогтися, щоб лікар-інтерн вільно орієнтувався в інформаційному просторі сучасних протоколів надання допомоги новонародженим, грамотно визначав фізіологічні ознаки адаптації новонароджених, патологічні симптоми та синдроми притаманні певним клінічним станам, аналізував можливі причини їх виникнення, формулював клінічний діагноз, визначав необхідний обсяг лабораторних, рентгенологічних та інших спеціальних досліджень, організувати своєчасне їх виконання, коментував результати та призначав відповідне лікування.

За найбільш актуальних тем програми лікарі-інтерни готують реферати, які обговорюються на семінарах. Варіанти тем рефератів наведені в додатку 6. Реферування опрацьованих джерел дозволяє кращому засвоєнню матеріалу і підготовку анотацій, необхідних для використання в майбутньому.

Навчальний процес триває і під час щоденних співбесід керівника з лікарем-інтерном, коли обговорюються усі питання, що виникають під час роботи, оцінюється правильність встановлених діагнозів, методів лікування. Перевіряється якість оформлення медичної документації, відзначаються недоліки у їх оформленні.

Підготовка лікарів-інтернів на базах стажування передбачає підготовку до задачі ліцензійного іспиту “Крок-3 Лікувальна справа і педіатрія”. Ліцензійний іспит “Крок 3 Лікувальна справа та педіатрія” складається з метою встановлення відповідності рівня професійної компетентності фахівців з вищою медичною освітою мінімально необхідному рівню згідно вимог Державних стандартів вищої освіти щодо надання невідкладної допомоги хворому незалежно від подальшої спеціалізації і має вимірювати загальний мінімальний необхідний рівень знань і вмінь інтерна, який було надано випускнику вищого медичного навчального закладу на момент отримання диплому лікаря-стажера. Професійна компетентність діагностується як вміння застосувати знання основних медичних дисциплін для самостійної діагностики, диференційної діагностики та надання допомоги хворому при невідкладних станах, організацій допомоги в екстремальних ситуаціях, ранньої діагностики та здійснення протиепідемічних заходів при інфекційних захворюваннях.

Кожна база забезпечується програмою ліцензійного іспиту “Крок-3”, базою даних тестів, розкладом попередніх тестувань, вимогами до лікарів-інтернів з невідкладних станів.

## ОРГАНІЗАЦІЯ НАУКОВО-ДОСЛІДНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Виконання науково-дослідної роботи (НДР) лікарями-інтернами передбачена Типовим навчальним планом / Робочою програмою.

Основу науково-практичної роботи складають клінічні спостереження чи робота з архівними матеріалами. Тема НДР обирається під час навчання в очному періоді інтернатури з викладачем університету. Зазвичай обирається

тема, яка набуває особливої актуальності у роботі відділень (добрі або, навпаки, незадовільні результати лікування, виходжування новонароджених, наявність тих чи інших ускладнень). У відповідності з рекомендаціями керівника інтерн обирає необхідні дані з літератури, проводить вибірку своїх спостережень, розробляє анкети, які заповнює для кожного спостереження.

Виконання наукової роботи починається на базі стажування, завершується під час навчання на кафедрі. Проводиться аналіз спостережень з обов'язковою статистичною розробкою для встановлення їхньої ймовірної значущості. Виявлені факти інтерпретуються у порівнянні з даними літератури. Текст роботи оформляється за класичною схемою: вступ, передумови дослідження, мета та завдання, огляд літератури, опис методики дослідження, викладення результатів спостережень, їхнє обговорювання, підсумок, висновки, рекомендації до практичного застосування. Доданий список використаної літератури складається із дотриманням усіх правил бібліографічного опису. Обсяг роботи – не більше 10 сторінок машинопису.

Кожний інтерн повинен зробити доповідь на заключній науково-практичній конференції, що організовується наприкінці проходження інтернатури.

## КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Лікарі-інтерни підлягають атестації на визначення знань та практичних навичок на початку заочного періоду навчання (базовий рівень знань), по закінченню першого року заочного періоду навчання (проміжний контроль), наприкінці другого року заочного періоду навчання (підсумковий контроль) перед направленням інтерна на очну частину навчання на профільну кафедру вищого навчального закладу. Склад і графік роботи комісії, яка оцінює рівень лікаря-інтерна, затверджується наказом головного лікаря базової установи охорони здоров'я, керівника закладу. До складу комісії включаються: відповідальний за інтернатуру на базі стажування (голова), безпосередні керівники лікарів-інтернів, головні спеціалісти департаменту охорони здоров'я

облдержадміністрації, викладачі профільної кафедри. Звіт роботи комісії завірюється підписами всіх її членів та печаткою лікувальної установи.

Підсумковий контроль включає перевірку професійної практичної підготовки лікаря-інтерна згідно з планом та програмою, тестовий контроль рівня знань, співбесіду.

Результати атестацій відмічають у відповідних сторінках Щоденника інтерна (Додаток 8) та у Протоколи атестації інтернів (Додаток 4). Лікарі-інтерни, які не атестовані за результатами контролю, або не з'явилися на нього, зобов'язані пройти його у термін, узгоджений деканатом вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти.

## ЧАСТИНА 2

### Підготовка до ліцензійного іспиту КРОК-3

#### НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В НЕОНАТОЛОГІЇ.

1. Новонароджена дитина в терміні гестації 39 тижнів з масою 3500г, довжиною 54 см. Загальний стан при народженні середньої тяжкості, що зумовлено асфіксією середнього ступеня важкості. Оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині 4 бали. Після проведення первинної реанімаційної допомоги з'явилося самостійне дихання, частота серцевих скорочень 110 ударів за хвилину, спостерігається акроціаноз. Яка подальша дія лікаря-неонатолога у даній ситуації ?
- A. \*Додаткова оксигенація.
  - B. Інтубація трахеї.
  - C. Штучний масаж серця.
  - D. Відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів.
  - E. Допоміжна вентиляція легенів.

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що (за умови відсутності факторів ризику та наявності світлих навколоплідних вод) після аспірації слизу з верхніх дихальних шляхів необхідно: А – оцінка самостійного дихання. При наявності адекватного самостійного дихання – оцінити ЧСС. Б – оцінка ЧСС. Якщо ЧСС більше 100 на хвилину – оцінити колір шкірних покривів. В – оцінка кольору шкіри. Ціанотичний колір – інгаляція 100%-го кисню через лицьову маску до зникнення ціанозу.*

2. У новонародженого після проведення первинних реанімаційних засобів (ШВЛ, масажу серця) частота серцевих скорочень нижче 80 у 1 хв. Який препарат треба ввести внутрішньовенно чи ендотрахеально в цьому випадку?
- A. \*Адреналін
  - B. Атропін
  - C. Дофамін

D. Дексазон

E. Кальцію хлорид

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що за умови відсутності ефекту від ШВЛ 100% киснем та проведення непрямого масажу серця протягом 30 секунд, якщо ЧСС менше 80 уд/хв., показане введення адреналіну в/в або ендотрахеально. Інші перераховані препарати при проведенні первинної реанімації новонароджених не використовуються.*

3. Після народження у доношеного хлопчика відсутні дихальні зусилля, частота серцевих скорочень становить 56 ударів за 1 хвилину, м'язовий тонус знижений. Навколоплідні води чисті. Шкіра дитини не містить слідів меконію. Які кроки реанімації повинен здійснити неонатолог в першу чергу?
- A. \*Зігріти дитину, надати правильне положення.
  - B. Дати кисень вільним потоком.
  - C. Провести допоміжну вентиляцію легень.
  - D. Провести непрямий масаж серця.
  - E. Ввести у вену пуповини розчин адреналіну.

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує: «якщо дитина потребує допомоги, а навколоплідні води чисті і на шкірі немає залишків меконію, необхідно: 1.Зігріти дитину, помістити на теплу пелюшку . 2.Забезпечити прохідність дихальних шляхів. 3.Відсосати з роту та носових ходів слизу. 4. Пелюшкою обсушити шкіру та волосся дитини. 5.Видалити вологу пелюшку. 6.Забезпечити правильне положення дитини помірним розгинанням голови. 7.Якщо ефективно спонтанне дихання відсутнє, провести тактильну стимуляцію. 8. Якщо шкіра і слизові залишаються ціанотичними при наявності самотійного дихання, дати вільний потік кисню».*

4. Хлопчик народився у хворої на цукровий діабет мами. На другий день життя, у дитини з'явилися блідість, акроціаноз, пітливість, в'ялість, тремор, судоми. Рівень глюкози в сироватці 1,8 ммоль/л, калію – 4,5 моль/л, кальцію

– 2,1 ммоль/л, натрію – 138 моль/л, магнію – 1,7 моль/л. Що зумовило появу даної симптоматики?

- A. \*Гіпоглікемія.
- B. Гіперкаліємія.
- C. Гіпомагніємія.
- D. Гіпокальціємія.
- E. Гіпернатріємія.

*У жінки, хворої на цукровий діабет першого типу, рівень цукру крові під час вагітності може знижуватись за рахунок компенсаторного гіперінсулінізму плода. Тому після народження у таких дітей глюкоза занадто швидко утилізується під дією надмірної секреції інсуліну, що ї є причиною гіпоглікемії у неонатальному періоді.*

5. У новонародженої дитини з 4-го дня життя з'явилась кривава блювота до 3-4 разів на день, випорожнення до 4-5 разів на добу темно - коричневого кольору, кровотеча із пупкової ранки, петехіально-плямиста висипка на тулубі та кінцівках. Який найімовірніший діагноз?

- A. \*Геморагічна хвороба новонароджених
- B. Синдром проковтнутої материнської крові
- C. Гемолітична хвороба новонароджених
- D. Пологова травма
- E. Вада розвитку шлунково-кишкового тракту

*У дитини спостерігається шлунково-кишкова кровотеча та геморагічна висипка, що не характерно для пологової травми, не характерна для синдрому проковтнутої материнської крові (відсутні данні проби Апта). Для вад розвитку ШКТ та гемолітичної хвороби геморагічний синдром взагалі не характерний. Отже, ймовірно, у дитини має місце геморагічна хвороба новонароджених.*

6. Дитина від другої ускладненої вагітності (загроза переривання), других

пологів, термін гестації 37 тижнів, маса тіла 2400 г, довжина 50 см. Оцінка за шкалою Апгар 7-9 балів. Після першого прикладання до грудей у дитини з'явилася блювота та пінисті виділення з рота. Шлунковий зонд поставити не вдалось. Який попередній діагноз у дитини?

- A. \*Вроджена атрезія стравоходу
- B. Вроджена пневмонія
- C. Синдром аспірації амніотичної рідини
- D. Вроджена кишкова непрохідність
- E. Ахалазія стравоходу

*Неможливість ввести назогастральний зонд свідчить про наявність анатомічної перешкоди, тобто атрезії стравоходу.*

7. Дівчинка народилась від доношеної неускладненої вагітності. В пологах перенесла асфіксію тяжкого ступеня. На другий день життя у дитини з'явилися напади клонічних ритмічних скорочень м'язів правої і лівої ручок. Який препарат слід призначити, щоб зняти напади судом?

- A. \*Фенобарбітал.
- B. Дроперідол.
- C. Аміназин.
- D. Омнопон.
- E. Анальгін.

*Дроперідол та аміназин – нейролептики, вони можуть потенціювати дію протисудомних препаратів, але самі не мають протисудомної активності; омнопон (наркотичний анальгетик) та анальгін взагалі не мають відношення до лікування судом. Єдиний протисудомний препарат з перерахованих – фенобарбітал.*

8. В пологовій залі лікарем-неонатологом проведена оцінка новонародженого: дихання спонтанне, ЧСС-80 уд./хв. Тактика лікаря?

- A. \*Розпочати штучну вентиляцію легень 100% O<sub>2</sub> протягом 30 сек,

після чого знову оцінити ЧСС.

- В. Розпочати виконувати непрямий масаж серця з подальшою оцінкою ЧСС.
- С. Розпочати проводити медикаментозну терапію з оцінкою ЧСС.
- Д. Провести тактильну стимуляцію до зростання ЧСС більше 100 уд/хв.
- Е. Проводити нагляд з подальшою оцінкою ЧСС.

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності спонтанного дихання у дитини перевіряють ЧСС: якщо ЧСС більше 100 – оцінюють колір шкіри. ЧСС від 60 до 100 – вентиляція легень мішком та маскою 100% киснем протягом 30 секунд. Показанням для непрямого масажу серця є ШВЛ менше 60/хв. Через 30 секунд повторно оцінюють ЧСС.*

9. Після народження у доношеної дитини була відсутня реакція на стимуляцію зовнішнього середовища, навколоплідні води були чистими і на шкірі немає залишків меконію. Дії лікаря?
- А. \*Помістити дитину під джерело променевого тепла, відсмоктати вміст рота і носа, обсушити шкіру, провести тактильну стимуляцію.
  - В. Під контролем прямої ларингоскопії відсмоктати вміст ротоглотки, інтубація трахеї, відсмоктування із трахеї, вільний потік кисню.
  - С. Викласти дитину на живіт матері, висушити і укрити сухою білизною
  - Д. Тактильна стимуляція новонародженого до звільнення дихальних шляхів від меконію, вільний потік кисню.
  - Е. Провести подальше спостереження за диханням, активністю і кольором шкіри дитини.

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що (за умови відсутності факторів ризику та наявності світлих навколоплідних вод) перш за все необхідно помістити дитину під джерело променевого тепла, відсмоктати вміст рота і носа, обсушити*

*шкіру, провести тактильну стимуляцію. Потім повторно проводиться оцінка наявності самостійного дихання. При його наявності – вільний потік кисню. Якщо ЧСС більше 100 на хвилину – оцінити колір шкірних покривів. В – оцінка кольору шкіри. Ціанотичний колір – інгаляція 100%-го кисню через лицьову маску до зникнення ціанозу.*

10. Пологи закінчилися накладенням порожнинних акушерських щипців и народженням дитини в гіпоксії тяжкого ступеня. Неонатолог у пологовому залі провів реанімаційні заходи і взяв новонародженого на ШВЛ. Де краще проводити лікування цієї дитини?

- A. \*У відділенні реанімації спеціалізованої дитячої лікарні.
- B. У відділенні новонароджених.
- C. У пологовому залі.
- D. У неврологічному відділенні.
- E. У нейрохірургічному відділенні дитячої лікарні.

*Дитина, що потребує ШВЛ, повинна лікуватися лише у спеціалізованому реанімаційному відділенні, де наявна відповідна дихальна та слідкуюча апаратура.*

11. У новонародженого, якому проводиться вентиляція під позитивним тиском, виявлено ЧСС більше 100 уд. за хв. і самостійне дихання. Вам потрібно:

- A. \*Закінчити вентиляцію під позитивним тиском, провести ніжну стимуляцію і призначити кисень у режимі вільного потоку
- B. Продовжити проведення вентиляції під позитивним тиском
- C. Інтубувати і продовжити вентиляцію під позитивним тиском
- D. Зонд у шлунок, вільний потік кисню

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності спонтанного дихання у дитини перевіряють ЧСС:*

*якщо ЧСС більше 100 – оцінюють колір шкіри. ЧСС від 60 до 100 – вентиляція легень мішком та маскою 100% киснем протягом 30 секунд. Через 30 секунд повторно оцінюють ЧСС. Якщо ЧСС більше 100 – вентиляцію під позитивним тиском поступово закінчують, дають вільний потік кисню та оцінюють колір шкіри*

12. Недоношений новонароджений був доставлений до відділення невідкладної допомоги. Він заінтубований, але спроби його вентиляції залишаються безуспішними. Рухів грудної клітини немає, а шум надходження повітря вислуховується в епігастральній ділянці. Ви повинні негайно:

- A. \*Видалити трубку та вентилювати новонародженого з допомогою мішка та маски.
- B. Просунути трубку приблизно на 1 см. Далі та перевірити її розташування.
- C. Ввести іглу до правої половини грудної клітини.
- D. Уменшити тиск вентиляції.
- E. Підвищити тиск вентиляції.

*Враховуючи неефективність вентиляції та шум дихання в епігастрії, інтубаційна трубка знаходиться у стравоході, а не в трахеї. Необхідно терміново видалити трубку, вентилювати дитину мішком, після адекватної оксигенації повторно заінтубувати.*

13. У хлопчика, який народився від других нормальних пологів з вагою 3600 г., довжиною 54 см, оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів на другу добу відмічається блювота кавовою гущею, стілець у вигляді мелени. В загальному аналізі крові еритроцити 5,9 г/л, гемоглобін 185 г/л, тромбоцити 260 г/л. Яке діагностичне дослідження є патогномонічним для геморагічної хвороби новонароджених?

- A. \*Визначення протромбінового індексу
- B. Визначення часу згортання крові

- C. Визначення часу кровотечі
- D. Визначення продуктів деградації фібрину
- E. Визначення рівня сироваткового заліза

*Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого є дефіцит вітаміну К, при недостатці якого в печінці утворюються неактивні фактори згортальної системи крові - II, VII, IX і X, які нездатні зв'язувати Ca<sup>++</sup> і повноцінно брати участь у зортанні крові. Тому при цій патології виявляється дефіцит факторів 2, 7,9,10, подовження протромбінового часу і парціального тромбoplastинового часу при нормальній кількості тромбоцитів та нормальних показниках первинного – тромбоцитарного - гемостазу.*

14.У новонародженого хлопчика чоловічої статі з 2-ого тижня життя спостерігається невпинне блювання, кволість та явища зневоднення. При надходженні до стаціонару – виражені ознаки гіповолемічного шоку. У крові – калій – 6,5 ммоль/л, натрій – 120 ммоль/л, глюкоза – 2.1 ммоль/л, ознаки ацидозу. Призначена регідраційна терапія в протишовковому режимі виявилася малоефективною. Яке природжене захворювання слід виключити в такому випадку?

- A. \*Адреногенітальний синдром
- B. Природжену гіпоплазію кори наднирників
- C. Природжений дефіцит катехоламінів
- D. Хворобу Крона
- E. Адренолейкодистрофію

*Окрім диспепсичних явищ та зневоднення, мають місце електролітні та метаболічні порушення – гіперкаліємія, гіпонатріємія, гіпоглікемія. Якщо адекватна регідраційна терапія виявилась неефективною, ймовірно, що першопричиною є прогресуюча втрата солей та глюкози з сечею, а отже слід виключити сіль-втрачаючу форму адреногенітального синдрому – вродженого дефіциту 21-гідроксилази, що призводить до*

*порушення синтезу глюко- та мінералкортикоїдів, а отже, до посиленої екскреції натрію та хлоридів і затримки калію в організмі.*

15. У дівчинки 2 тижнів вага при народженні 3 кг., наразі 2900 г, груди смочче в'яло, м'язова гіпотонія, рефлексі періоду новонародженості пригнічені, тім'ячко западає, губи сухі, клітор збільшений, гіперпигментація сосків молочних залоз та статевих губ. Зважаючи на ризик критичного стану насамперед у дитини слід динамічно оцінювати:

- A. \*Гідратацію і рівень електролітів
- B. Неврологічний статус
- C. Рівень кортизолу в крові
- D. Артеріальний тиск
- E. Вагову криву

*Зверніть увагу на увесь комплекс симптомів: відсутність приросту маси, гіпотонія, гіпорексія, ознаки ексикозу, збільшення клітору та гіперпигментацію сосків та статевих губ. Усі вони разом наводять на думку про наявність сіль-втрачаючої форми адреногенітального синдрому, що потребує насамперед визначення рівня електролітів, а в разі виявлення гіпонатріємії – подальшого гормонального обстеження.*

16. Хлопчик народився у хворої на цукровий діабет мами. На другий день життя у дитини з'явилися блідість, акроціаноз, пітливість, в'ялість, тремор, судоми. Рівень глюкози в сироватці 1,8 ммоль/л, калію – 4,5 моль/л, кальцію – 2,1 ммоль/л, натрію – 138 моль/л, магнію – 1,7 моль/л. Яку невідкладну допомогу слід надати дитині?

- A. \*Ввести внутрішньовенно 10% розчин глюкози.
- B. Ввести в/в 10% розчин кальцію глюконату.
- C. Ввести в/в 25% розчин сульфату магнію.
- D. Ввести в/в 7,5% розчин калію хлориду.

Е. Ввести в/в 10% розчин натрію хлориду.

*Діабет матері під час вагітності компенсується гіперінсулінізмом плода. Тому після народження у таких дітей глюкоза занадто швидко утилізується під дією надмірної секреції інсуліну, що ї є причиною гіпоглікемії у неонатальному періоді. Для її корекції достатньо ввести в/в 10% розчин глюкози (більш високі концентрації у новонароджених не використовуються).*

17. Дитина з масою тіла 2900г народилась в важкій асфіксії з оцінкою по шкалі Апгар - 1 бал. Незважаючи на вентиляцію легень 100% та закритий масаж серця стисканням грудини, частота серцевих скорочень не перевищує 80 ударів в 1 хв з тенденцією до зниження через 2 хвилини після пологів. Вкажіть медикаментозні середники для підтримки роботи міокарду?

- А. \*Адреналін.
- В. Корглікон
- С. Дігосин.
- Д. Атропін.
- Е. Алупент.

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що за умови відсутності ефекту від ШВЛ 100% киснем та проведення непрямого масажу серця протягом 30 секунд, якщо ЧСС менше 80 уд/хв., показане введення адреналіну в/в або ендотрахеально. Інші перераховані препарати при проведенні первинної реанімації новонароджених не використовуються.*

18. Дитина з масою тіла 3200г народилась в асфіксії з оцінкою по шкалі Апгар 2 бали. Після тактильної стимуляції дихання та оксигенації через маску самостійне дихання відсутнє. Частота серцевих скорочень 60 в 1 хв з тенденцією до зниження. Проведена інтубація трахеї з переводом на ШВЛ та розпочато непрямий масаж серця. Зазначте місце компресії на грудину

новонародженого при проведенні непрямого масажу серця?

- A. \*У точці з'єднання середньої та нижньої третини грудини.
- B. Вище соскової лінії.
- C. На сосковій лінії.
- D. У точці з'єднання верхньої та середньої третини грудини.
- E. В ділянці верхівки серця.

*Точка прикладення компресії при проведенні закритого масажу серця: у новонароджених та дітей раннього віку – середина грудини (межа середньої та нижньої третини), у дітей старшого віку та дорослих - на рівні міжсоскової лінії (нижня третина грудини). Це треба запам'ятати.*

19. При проведенні реанімації новонародженого Ви ввели ендотрахеальну трубку і проводите крізь її вентиляцію легень. Під час аускультації подих проводиться симетрично з однаковою інтенсивністю з обох сторін грудної клітки. Не чуто також шуму входження повітря в шлунок. Ендотрахеальна трубка введена:

- A. \*Правильно
- B. Неправильно
- C. Трубка введена в стравохід
- D. Необхідний додатковий контроль
- E. Необхідна екстубація

*Критерії правильного стояння інтубаційної трубки: видно екскурсію грудної клітини з обох сторін, при аускультації над обома легенями однаково вислуховуються дихальні шуми, а під час видиху повітря струменем виходить з інтубаційної трубки; при аускультації епігастральної області – не чути характерного булькаючого звуку, не відбувається роздування шлунка та екскурсії епігастральної області. Очевидно, у даному випадку інтубаційна трубка введена правильно.*

20. Дитина народилась від нормальної вагітності. Під час пологів відмічено

передчасне відшарування плаценти. Через 10 годин після народження на фоні відносно задовільного стану дитини відмічено меконіальне кров'янисте випорожнення із кишечника. Яке діагностичне обстеження необхідно провести першочергово?

- A. \*Пробу Апта
- B. Гастроскопію
- C. Очисну клізму
- D. Колоноскопію
- E. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

*Оскільки під час пологів спостерігалася матково-плацентарна кровотеча, перш за все треба з'ясувати, має місце кровотеча у дитини, або синдром проковтування материнської крові. Для цього існує проба Апта: при додаванні лужного реактиву кров матері набуває коричневого кольору, а кров самої дитини колір не змінює.*

21. Дівчинка народилася в стані апное з ціанозом. Самостійне дихання не з'являється, незважаючи на відновлення прохідності дихальних шляхів, стимуляцію і проведення вентиляції під позитивним тиском протягом 30 сек. Через хвилину ЧСС складає 40 у хв. Вкажіть першорядні заходи?

- A. \*Інтубація трахеї немовляти
- B. Непрямий масаж серця
- C. Введення адреналіну
- D. Уведення натрію бікарбонату
- E. Припинити реанімацію

*Показанням для непрямого масажу серця у новонародженого є ЧСС менше 60 скорочень за 1 хвилину після 30 секунд ефективної ШВЛ. У даному випадку вентиляція мішком і маскою неефективна, що на будь-якому з етапів первинної реанімації є показанням для інтубації трахеї. У подальшому, після інтубації та вентиляції протягом 30 секунд, слід оцінити необхідність непрямого масажу серця.*

22. Дитина від третьої вагітності, других пологів, термін гестації 29 тижнів, маса тіла 1050 г, довжина 43 см. При народженні реакція на огляд відсутня, дифузний ціаноз, дихання по типу “гаспінг”. ЧСС 120 уд за 1 хв. Призначте патогенетичну терапію.

- A. \*Заінтубувати дитину, ввести штучний сурфактант
- B. Дати 100% кисень та ввести простагландин E
- C. Заінтубувати та почати ШВЛ
- D. Провести тактильну стимуляцію дихання
- E. Розпочати ШВЛ за допомогою маски

*Враховуючи значну недоношеність та низьку масу тіла, у дитини має місце дефіцит сурфактанту, який викликає СДР новонароджених. Треба ввести інкубаційну трубку, через неї – штучний сурфактант, щоб запобігти утворенню ателектазів. ШВЛ проводити не бажано, краще забезпечити позитивний тиск на видиху – СДППД, або СРАР. Лише при його неефективності можливий перевід дитини на ШВЛ.*

23. У передчасно народженої дитини (гестаційний вік 32 тижні) віком 1 доба відмічаються значні ретракції, гранти, залежність від кисню більше 60%. При інтубації санується кров у великій кількості. Шкіра бліда, пульс не периферії послаблений, симптом “білої” плями 5 сек. Тиск низький. Який діагноз у дитини?

- A. \*Геморагічний шок
- B. Травматичний шок
- C. Кардіогенний шок
- D. Гостра надниркова недостатність
- E. Синдром витоку повітря

*Симптом «білої плями» 5 секунд – безсумнівна ознака шоку, особливо у сполученні з артеріальною гіпотензією. Враховуючи наявність масивної кровотечі, вірогідно, що шок є геморагічним.*

24. У 3-денної дитини на основі клініко-лабораторних даних: блювота з домішками крові, кал чорного кольору, подовжений час згортання крові, гіпопротромбінемія, нормативна кількість тромбоцитів – діагностовано геморагічну хворобу новонароджених . Який препарат найоптимальніше використати в цій ситуації?

- A. \*Вітамін К
- B. Фібриноген
- C. Аскорбінову кислоту
- D. Етамзилат натрію
- E. Глюконат кальцію

*Геморагічна хвороба новонароджених виникає внаслідок дефіциту вітаміну К, отже, патогенетично обґрунтованим засобом терапії є вітамін К*

25. У новонародженого, якому проводили вентиляцію під позитивним тиском, виявлено ЧСС >100 ударів за хвилину та самостійне дихання, але новонароджений залишається ціанотичним. Вам належить:

- A. \*Припинити вентиляцію під позитивним тиском, призначити кисень у режимі вільного п. току.
- B. Продовжити проведення вентиляції позитивним тиском.
- C. Заінтубувати трахею и продовжити проведення вентиляції під позитивним тиском.
- D. Припинити вентиляцію під позитивним тиском.
- E. Назначити непрямий масаж серця

*Після 30 секунд вентиляції легенів під позитивним тиском : Якщо ЧСС понад 100 уд. : при наявності спонтанного дихання поступово припиняють ШВЛ, знижують її частоту та тиск, подають вільний потік кисню , при відсутності спонтанного дихання продовжують ШВЛ до його появи. Якщо ЧСС від 60 до 100 уд. - продовжують ШВЛ; Якщо ЧСС менше 60 уд. - почати непрямий масаж серця, продовжити ШВЛ.*

26. Після народження доношеного новонародженого, він був улаштований під джерело променистого тепла, обсушений та йому була проведена тактильна стимуляція, але ЧСС залишається нижче ніж 100 ударів на хвилину. Ваші дії:

- A. \*Проведення вентиляції під позитивним тиском.
- B. Запобігання подальших втрат тепла.
- C. Призначення кисню вільним потоком.
- D. Проведення подальшої тактильної стимуляції.
- E. Призначення непрямого масажу серця

*Після 30 секунд вентиляції легенів під позитивним тиском : Якщо ЧСС понад 100 уд. : при наявності спонтанного дихання поступово припиняють ШВЛ, знижують її частоту та тиск, подають вільний потік кисню , при відсутності спонтанного дихання продовжують ШВЛ до його появи. Якщо ЧСС від 60 до 100 уд. - продовжують ШВЛ; Якщо ЧСС менше 60 уд. - почати непрямий масаж серця, продовжити ШВЛ. Отже, у даному випадку слід продовжити ШВЛ під позитивним тиском.*

27. Дитина народилась у 38 тижнів від І вагітності у 17-річної жінки. В останньому триместрі у матері розвинувся гестоз. Під час пологів жінці вводили сульфат магнію. Дитина при народженні важила 2300 г, оцінка за шкалою Апгар 7 балів. Через 18 годин після народження гематокрит дитини дорівнював 0,79, вміст глюкози крові – 2,0 ммоль/л, кальцію – 2,38 ммоль/л. Через деякий час у дитини розвинулись судоми. Яка найбільш вірогідна причина судом?

- A. \*Поліциємія
- B. Гіпоглікемія
- C. Гіпокальціємія
- D. Гіпермагніємія
- E. Гіпомагніємія

*Вміст Са у дитини у межах норми, гіпомагніємія маловірогідна, оскільки сульфат магнію вводився під час пологів матері, для гіпермагніємії судом не характерний. Гіпоглікемія у дитини помірна. Гематокрит у новонародженого повинен бути 0,5-0,58, а 0,79 говорить про значну поліцитемію, яка, ймовірно, і стала причиною судом.*

**28.** Новонароджена дитина, неактивна, при народженні навколоплідні води меконіальні. Дії неонатолога:

- A. \*Викласти дитину під джерело променевого тепла, надати дитині правильне положення з помірно розігнутою шиєю, під прямою ларингоскопією відсмоктати вміст трахеї та бронхів за допомогою інтубаційної трубки
- B. Ввести ротовий повітровід
- C. Відсмоктати вміст верхніх дихальних шляхів за допомогою катетера
- D. Надати дитині правильне положення з помірно розігнутою шиєю
- E. Провести дихання за допомогою мішка та маски

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності ознак асфіксії (у даному випадку – неактивність дитини) після аспірації слизу з верхніх дихальних шляхів, яка в цьому випадку проводиться відразу після появи голівки, необхідно провести інтубацію трахеї для відсмоктування слизу та меконію з трахеї та бронхів.*

**29.** У новонародженого хлопчика чоловічої статі з 2-ого тижня життя спостерігається невпинне блювання, кволість та явища зневоднення. При надходженні до стаціонару – виражені ознаки гіповолемічного шоку. У крові – калій – 6,5 ммоль/л, натрій – 120 ммоль/л, глюкоза – 2.1 ммоль/л, ознаки ацидозу. Призначте додаткове обстеження, що дозволить виключити або підтвердити наявність у дитини адрено-генітального синдрому:

- A. \*Визначення 17-гідроксіпрогестерону в крові та 17-

кетостероїдів у сечі

- B. Каріотипування та дерматогліфіка
- C. Визначення кортизолу крові та тестостерону сечі
- D. Визначення хоріонічного гонадотропіну крові
- E. Визначення гонадотропінів у крові та сечі

*Сіль-втрачаюча форма адреногенітального синдрому зумовлена вродженим дефіцитом ферменту 21-гідроксилази, що проявляється порушенням синтезу глюко- та мінералкортикоїдів. Діагностика цього захворювання базується на виявленні підвищеної екскреції з сечею 17-кетостероїдів (17-КС), зниження екскреції 17-оксикортикостероїдів (17-ОКС), підвищення рівня АКТГ та 17-гідроксипрогестерону у крові (компенсаторне підвищення за принципом зворотного зв'язку).*

30. У новонародженого з оцінкою за шкалою Апгар 2 бали, після проведення реанімаційних заходів стабілізувалась частота серцевих скорочень в межах 130-140 в 1 хв. Самостійне дихання неадекватне, в зв'язку з чим продовжується керована вентиляція легень 100 % киснем. Яке ускладнення може виникнути у новонародженого при тривалому застосуванні високих концентрацій кисню?

- A. \*Ретролентальна фіброплазія.
- B. Можлива депресія дихання.
- C. Істотне скорочення мозкового кровотоку.
- D. Ателектаз легень.
- E. Зменшення клубочкової фільтрації.

*Найчастішим ускладненням є fibroplasia retrolentalis (фібро- + plasis - утворення; Retro - за + lens, lentis - кришталік): двостороннє ураження очей у недоношених дітей, зумовлене високим вмістом кисню у повітрі, в тому числі у кувезі, характеризується утворенням фіброзних плівок та тяжів у склоподібному тілі, набряком та відшаруванням сітчатки з наступним розвитком атрофічних процесів в очному яблуці.*

31. У новонародженого хлопчика, який переніс асфіксію в пологах на 4-ту добу з'явилась кровотеча з пупкової ранки. Лабораторні дані: тромбоцити  $80 \times 10^9/\text{л}$ , протромбіновий час 20с., тромбіновий час 22с., парціальний тромбопластиновий час 80с., фібриноген 1 г/л, ПДФ 13 мг/мл. Чим обумовлені вищезазначені клініко-лабораторні зміни?

- A. \*ДВЗ-синдром
- B. Геморагічною хворобою новонароджених
- C. Омфалітом
- D. Тромбоцитопенічною пурпурою
- E. Геморагічним васкулітом

*Враховуючи анамнез (асфіксію у пологах), тотальне зниження усіх показників згортання крові, як клітинних, так і плазмових, у дитини має місце коагулопатія споживання, що відповідає клінічній та лабораторній картині ДВЗ-синдрому 2-ї фази. При геморагічній хворобі новонароджених не характерно зниження кількості тромбоцитів, для тромбоцитопенічної пурпури – плазмових факторів згортання. Омфаліт та геморагічний васкуліт гіпокоагуляцію не викликають.*

32. У доношеної дитини, народженої у нормальних пологах, на третю добу з'явилася жовтяниця, що поступово збільшувалась паралельно з погіршенням загального стану та появою петехіальної висипки. Білірубін крові 261 мкмоль/л, прямий - 220 мкмоль/л, активність АЛТ 14 од, АСТ 16 од, протромбіновий індекс 50%. Печінка виступає на 3 см. Який з перерахованих діагнозів найбільш ймовірний?

- A. \*Фетальний гепатит В
- B. Вірусний гепатит А
- C. Септичний гепатит
- D. Атрезія жовчовивідних протоків
- E. Гемолітична хвороба новонароджених

*Мінімальний інкубаційний період гепатиту А – 7 днів; для розвитку септичного гепатиту необхідне первинне вогнище інфекційного процесу; Атрезія жовчовивідних шляхів не супроводжується значним підвищенням рівня трансаміназ та порушенням синтезу факторів гемостазу, а при гемолітичній хворобі новонароджених відбувається підвищення непрямого білірубіну. Отже, у дитини має місце маніфестація фетального гепатиту.*

33. Дитина від першої вагітності, термінових пологів, з дистocieєю плечиків, народилася з вагою 4620 г, довжина 54 см. Оцінка за шкалою Апгар 8-8 балів. При народженні закричав відразу, реакція на огляд помірно знижена. Крик гучний, роздратований. Через 30 хвилин після народження дитина стогне, з'явилися дихальні розлади, через годину тонічні судоми. Ваш попередній діагноз.

- A. \*Пологова травма
- B. Вроджена пневмонія
- C. Вроджена вада серця
- D. Синдром дихальних розладів
- E. Асфіксія

*При наявності вродженої пневмонії або вади серця, а також при асфіксії у пологах, стан дитини був би тяжким з моменту народження. Синдром дихальних розладів першого типу характерний для недоношених дітей. Отже, найбільш ймовірно, що порушення стану дитини є наслідком травми у пологах.*

34. Дитина від третьої вагітності, других пологів, термін гестації 42 тижні, маса тіла 4200 г, довжина 58 см. Оцінка за шкалою Апгар 7-9 балів. На 3 добу у дитини з'явилася кефалогематома розміром 7x9 см. Які методи обстеження необхідно провести дитині?

- A. \*Рентген черепа, час зсідання крові, протромбіновий, тромбіновий час

- B. Рентген черепа, нейросонографія, коагулограма, аналіз сечі
- C. КТГ, кількість тромбоцитів, протромбіновий, тромбіновий час
- D. МРТ, загальний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі
- E. Консультація нейрохірурга, гематолога, загальний аналіз крові, коагулограма

*Враховуючи значні розміри гематоми на її появу на третю добу, ймовірно, що у дитини має місце геморагічна хвороба новонароджених. Тому необхідно перевірити показники гуморальної ланки гемостазу. Але для виключення травми черепа необхідно зробити також його рентгенографію. Необхідності у терміновій консультації гематолога немає, консультація нейрохірурга буде показана при наявності травми на рентгені. Показань для томографії на даний момент також немає.*

35. Дитина від другої вагітності, других пологів, термін гестації 40 тижнів, маса тіла 4000 г, довжина 58 см. Операція кесарів розтин у зв'язку з відшаруванням плаценти. Колір шкіри блідий, пульс на периферичних судинах відсутній, ЧСС 90 уд. за хвилину, м'язовий тонус знижений, симптом „білої плями” 6 сек. Призначте тактику лікування.

- A. \*Введення фіз. розчину в об'ємі 10 мл/кг протягом 5 хв.
- B. Введення альбуміну в об'ємі 10 мл/кг протягом 10 хв.
- C. Введення реополіглюкіну в об'ємі 10 мл/кг протягом 5 хв.
- D. Введення плазми в об'ємі 10 мл/кг протягом 5 хв.
- E. Введення 10\% глюкози в об'ємі 10 мл/кг протягом 5 хв.

*Враховуючи анамнез – відшарування плаценти і, відповідно, кровотечу, клінічну картину – зниження серцевого викиду, симптом «білої плями» більше 5 секунд, у дитини має місце геморагічний шок. Перш за все слід відновити ОЦК шляхом масивної швидкої інфузії фіз.розчину. Після цього*

*вирішується питання про доцільність введення колоїдних розчинів. Плазма та 10% глюкоза як волюмокоректори не використовуються!*

36. Дитина від другої ускладненої вагітності. В останній триместр вагітності у жінки з піхви визначався золотистий стафілокок. Другі пологи, термін гестації 37 тижнів, маса тіла 2400 г, довжина 50 см. Оцінка за шкалою Апгар 5-7 балів. Стан дитини протягом перших 6 годин погіршився. ЧД 70 за хв., ЧСС 160 за хв., АТ 32-12 мм.рт.ст. Сечі немає. В загальному аналізі крові: лейкоцити  $4 \times 10^9$ , зсув лейкоцитарної формули вліво (юні 5%, п/я нейтрофіли 19%). Яка тактика лікування даного стану у дитини?

- A. \*Антибіотики, інфузійна терапія, дофамін
- B. Антибіотики, дофамін, реополіглюкін
- C. Антибіотики, плазма, адреналін
- D. Антибіотики, інфузійна терапія, норадреналін
- E. Імуноглобулін, інфузійна терапія, добутамін

*Анамнез та клінічна картина (артеріальна гіпотензія, анурія, тахікардія, тахіпноє, лейкоцитопенія) свідчать про ускладнення ВУІ у вигляді сепсису та септичного (інфекційно-токсичного) шоку. Отже, як і при будь-якому виді шоку (окрім кардіогенного), показана масивна інфузійна терапія переважно кристалоїдами. Для підвищення серцевого викиду при септичному шоку препаратом вибору є дофамін, лише при значній тахікардії – добутамін, при їх неефективності застосовується норадреналін. Показана антибактеріальна терапія мінімум двома препаратами.*

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №1**

### **Тема «Фізіологічні пологи, їх вплив на постнатальну адаптацію новонароджених. Методи спостереження за станом плоду під час пологів»**

I. **МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань фізіології пологів, особливості та вплив періодів пологів на плід та на постнатальну адаптацію новонароджених. Набуття сучасних знань з питань сучасних методів спостереження за станом плоду під час пологів. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань.

#### II. **НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**

**лікар неонатолог повинен знати:**

- первинну оцінку функціонального стану новонародженого при народженні,
- проведення первинного туалету, перев'язки пуповинного залишку і антропометрії,
- параметри фізичного розвитку та морфо-функціональної зрілості новонароджених,
- особливості фізіологічної адаптації органів дихання, серцево-судинної і травної систем,
- виняткове грудне вигодовування і профілактика транзиторної гіпогалакції,
- особливості перебування і необхідність ранньої виписки дитини з пологового стаціонару.

**лікар неонатолог повинен уміти:**

- спостерігати за станом плоду під час пологів,
- визначити клініко-функціональні параметри здорових доношених новонароджених,
- проводити первинні заходи новонародженим у родильному залі при фізіологічних пологах.

#### III. **КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

1. Назвіть показання до застосування кардіотокографії. Клінічне значення ацелерацій, децелерацій.
2. Для чого використовують оцінку навколоплідних вод.
3. Які недоліки оцінки рН капілярної крові плода?
4. Що таке шкала Апгар?
5. Ознаки зрілості новонародженого.
6. Значення першого крику новонародженого.
7. Правила первинної обробки новонародженого.
8. Особливості шкіри новонароджених.
9. Особливості серцево-судинної системи плоду та новонароджених.
10. Чим пояснюють статевої криз у новонароджених?

#### IV. РІШЕННЯ ЗАДАЧ/ТЕСТІВ

1. В разі фізіологічних пологів компенсаторно-приспосувальні реакції плода активуються під впливом:
  - а) Гіпоксії плода
  - б) \*Ацидозу
  - в) \*Комплексу стресових гормонів
  - г) Комплексу гормонів щитоподібної залози
2. Принципи надання медичної допомоги новонародженим.
  - а) Доведена ефективність медичних втручань
  - б) Безпечність
  - в) Доведена ефективність медикаментозних засобів
  - г) Участь матері в процесі догляду за дитиною
  - д) \*Все зазначене
3. Пологи в строк (вчасні) – це пологи, які відбулися у період з:
  - а) \*37 повних тижнів до закінчення 42 тижня вагітності
  - б) 36 повних тижнів до закінчення 42 тижня вагітності
  - в) 38 до 42 тижня вагітності
  - г) 39 до 40 тижня вагітності
4. Запізнілі пологи – це пологи, що відбулися

- а) \*Після 42-го повного тижня вагітності
  - б) Після 41-го повного тижня вагітності
  - в) Після 40-го тижня вагітності
  - г) \*На 43 тижні вагітності
5. Передчасні пологи – це пологи, які відбулись у період з
- а) 22 повного тижня гестації до закінчення 40 тижня вагітності
  - б) 24 повного тижня гестації до закінчення 38 тижня вагітності
  - в) \*22 повного тижня гестації до закінчення 37 тижня вагітності
6. Відразу після народження новонароджена дитина з гестаційним віком менше 32 тижнів має бути розміщена на
- а) Сухий металевий лоток, покритий стерильною пелюшкою
  - б) \*Реанімаційний столик під джерело променевого тепла
  - в) Живіт матері
7. Коли проводити перетискання та пересікання пуповини у активної дитини
- а) Відразу після народження
  - б) Через 5 хвилин після народження
  - в) Час не має значення
  - г) \*Після закінчення пульсації пуповини, але не раніше 1 хвилини після народження
  - д) Через 30 хвилин після народження
8. Тривалість контакту «шкіра до шкіри» здорового новонародженого з матір'ю повинна тривати
- а) 30 хвилин
  - б) \*2 години
  - в) 15-20 хвилин
  - г) 1 годину
9. Після проведення первинного огляду при народженні новонароджений активний, без ознак порушення загального стану. Коли має бути оглянутий педіатром-неонатологом

- а) \*Наприкінці другої години життя перед переводом у відділення сумісного перебування
  - б) На протязі перших 24 годин життя, якщо первинний огляд проводився не лікарем неонатологом
  - в) В палаті сумісного перебування
  - г) Перед випискою додому
10. Який метод підтримки нормальної температури тіла здорового новонародженого є оптимальним
- а) Теплий реанімаційний столик з матрацем з електропідігрівом, під ковдрою
  - б) \*На животі у матері під ковдрою
  - в) Реанімаційний стіл з джерелом променевого тепла
  - г) Гелевий теплозберігаючий матрац або дитяче ліжечко з водяним підігрівом

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №2**

### **Тема «Терморегуляція у новонароджених. Особливості терморегуляції у дітей з низькою масою тіла, підтримка теплового ланцюжка»**

- I. **МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань терморегуляції у новонароджених. Набуття сучасних знань з питань діагностики, диференціальної діагностики, обстеження, лікування новонароджених, що мають гіпотермію чи гіпотермію. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань
- II. **НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**
- лікар неонатолог повинен знати:**
- Тлумачення поняття терморегуляція.
  - Механізм терморегуляції у новонародженого.
  - Особливості механізмів терморегуляції у недоношеного новонародженого.
  - Розуміти важливість термального захисту новонародженої дитини.
  - Знати універсальні заходи щодо профілактики гіпотермії і гіпертермії.

- Знати основні критерії діагностики гіпотермії і гіпертермії.
- Знати основні кроки лікування гіпотермії і гіпертермії.
- Вміти впроваджувати тепловий ланцюжок.
- Вміти стабілізувати терморегуляцію дитини перед транспортуванням.

**лікар неонатолог повинен уміти:**

- Визначити клінічні критерії діагностики гіпо- та гіпертермії.
- Додержуватися теплового ланцюжка при догляді за новонародженим.
- Вимірювати температуру тіла у дитини.

**III. ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ**

1. В чому полягає важливість термального захисту новонародженої дитини.
2. Назвіть особливості терморегуляції новонародженої дитини.
3. Поясніть втрати тепла з поверхні голови.
4. Поняття про нейтральне температурне середовище.
5. Назвіть універсальні заходи щодо профілактики гіпотермії і гіпертермії.
6. Тепловий ланцюжок при догляді за новонародженим.
7. Назвіть особливості терморегуляції передчасно народженої дитини.
8. Клінічна симптоматика гіпо- та гіпертермії.
9. Правила вимірювання температури тіла у дитини.
10. Тактика лікаря при гіпотермії різного ступеня важкості.

**IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ**

1. Температура в кувезі коригується залежно від
  - a. \*Маси тіла при народженні
  - b. \*Гестаційного віку
  - c. \*Ректальної температури
  - d. Динаміки набору маси тіла
2. Порушення теплового ланцюжка у недоношених може спричинити наступні ускладнення
  - a) Респіраторний дистрес-синдром
  - б) \*Розвиток інфекції
  - в) \*Відкриття артеріальної протоки

г) Анемію

3. Які з перерахованих причин сприяють швидкому охолодженню недоношеної дитини

а) \*Незрілість центру терморегуляції

б) \*Малі запаси бурого жиру

в) \*Слабо розвинутий підшкірний жир

г) \*Гіпотонія м'язів

д) \*Велика поверхня тіла у порівнянні з масою тіла

е) Знижені фізіологічні рефлекси

4. Які заходи запобігають втратам тепла у недоношеної дитини відразу після народження

а) \*Підтримка температури повітря в пологовому залі 27-28°C

б) \*Негайне обсушування шкіри дитини

в) \*Положення дитини під джерелом променевого теплф

г) \*Покривання тулуба дитини чистим харчовим поліетиленовим мішком

д) Гігієнічна ванна в теплій 37 °C воді

5. Який температурний режим кувезу є оптимальним при виходжуванні недоношеної дитини з масою тіла 900г

а) 35-37°C

б) 32-34°C

в) \*Температура, при якій дитина здатна підтримувати температуру тіла 35-30 °C

6. Метаболічні прояви "холодової" травми у недоношеного новонародженого

а) \*Ацидоз

б) Гіпоглікемія

в) Гіперглікемія

г) \*Підвищений рівень лактату

7. Температуру тіла у недоношеного новонародженого слід виміряти

а) 1 раз на добу

б) Кожні 30 хвилин

- в) \*4-6 раз на добу
  - г) Не треба контролювати
  - д) \*Кожні 30 хвилин в пологовій залі
8. Температура в пологовому залі під час народження дитини повинна становити
- а) 20 град С
  - б) 22 град С
  - в) 20-23 град С
  - г) не більше 28 град С
  - д) \*не менше 25 град С
9. Який метод підтримки нормальної температури тіла здорового новонародженого є оптимальним
- а) Теплий реанімаційний столик з матрацем з електропідігрівом, під ковдрою
  - б) \*На животі у матері під ковдрою
  - в) Реанімаційний стіл з джерелом променевого тепла
  - г) Гелевий теплозберігаючий матрац або дитяче ліжечко з водяним підігрівом
10. Де проводиться вимірювання температури тіла новонародженої дитини
- а) В анусі звичайним ртутним термометром
  - б) \*В аксілярній ділянці електронним термометром
  - в) В анусі електронним термометром
  - г) В аксілярній ділянці звичайним ртутним термометром

### **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №3**

#### **Тема «Принципи спільного перебування матерів і новонароджених в пологових будинках і дитячих лікарнях»**

- I. **МЕТА.** Засвоїти обов'язки лікаря-неонатолога при роботі в пологовому будинку, знати принципи санітарно-епідеміологічного режиму пологового будинку.

## **II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**

**- інтерн повинен знати:**

- Вміти використовувати основи законодавства та нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я матері та дитини.
- Вміти визначити обсяг медичної допомоги новонародженим залежно від рівня надання допомоги

**- інтерн повинен уміти:**

- Вміти організувати сумісне перебування матері та дитини у пологовому будинку, відділенні фізіології та патології новонароджених.

## **III. ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ**

1. Які нормативно-правові акти використовує лікар-неонатолог у своїй повсякденній праці в пологовому будинку?
2. Складові ланки теплового ланцюжка.
3. За якими показниками адаптації можливе спільне перебування матері та новонародженого?
4. Умови сумісного перебування передчасно народженої дитини з матір'ю.
5. Методика мати-кенгуру.
6. Особливості догляду за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину.
7. Протипоказання для спільного перебування з боку матері та дитини.
8. Умови виписки новонародженого з пологового стаціонару.
9. Клінічні протоколи в практиці лікаря.
10. Інфекційний контроль в лікарнях.

## **IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ**

1. Новонароджена дитина з малою масою тіла при народженні може знаходитися на спільному перебуванні з матір'ю
  - а) \*Положення вірне
  - б) Положення невірне
1. Первинний огляд новонародженого у пологовій залі здійснює
  - а) \*Лікар-неонатолог

- б) \*Акушер-гінеколог
  - в) \*Лікар-педіатр
  - г) Анестезіолог
2. У випадку перебування новонародженого в акушерському стаціонарі більше 3 діб оформлюється етапний епікріз, у якому повинно бути відображено
- а) \*Стан новонародженого
  - б) \*Перелік та результати проведених обстежень та лікування обґрунтовується доцільність його подальшого перебування
  - в) Акушерський та соматичний анамнез матері
3. Де може бути організований пологовий зал сімейного типу
- а) \*У родопомічних лікувальних закладах будь-якого рівня
  - б) У родопомічних лікувальних закладах 3 рівня
  - в) У обласних лікарнях
  - г) Тільки на базі перинатального центру
4. До групи перинатального ризику відносяться діти
- а) \*Народжені передчасно
  - б) \*З малою масою тіла при народженні
  - в) \*З вродженою гіпотрофією
  - г) \*Народжені з великою масою
  - д) Доношені новонароджені від матері з анемією під час вагітності
5. У разі, якщо первинний огляд новонародженого здійснений акушером-гінекологом, лікар-неонатолог повинен здійснити огляд дитини протягом
- а) \*Перших 24 годин
  - б) Перед випискою
  - в) Перших 2 днів
6. Скільки часу здорова доношена новонароджена дитина повинна знаходитися в пологовій залі?
- а) Одразу після народження дитина повинна бути перенесена в післяпологову палату і знаходитись в ліжечку під наглядом персоналу
  - б) \*Перші 2 години після народження малюк повинен знаходитись в пологовій

залі в контактi з матір'ю "шкіра до шкіри", тобто на животі та грудях матері. Дитина повинна бути частково одягненою, накрита сухою пелюшкою та спільною з мамою ковдрою.

- в) Дитина одразу після народження переноситься під джерело променевого тепла в пологовій залі і знаходиться там 2 години.

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №4**

### **Тема «Особливості метаболічної адаптації доношених і недоношених новонароджених»**

**I. МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань особливостей метаболічної адаптації доношених новонароджених. Набуття сучасних знань з питань особливостей метаболічної адаптації недоношених новонароджених. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань

### **II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**

**- лікар неонатолог повинен знати:**

- основні анатомо-фізіологічні особливості новонароджених, перехідні стани новонароджених.
- анатомо-фізіологічні особливості недоношених новонароджених.
- особливості метаболізму новонароджених дітей
- основні критерії діагностики метаболічних розладів
- прояви стигм дизембріогенезу. Володіти знаннями про найбільш поширені спадкові захворювання та хромосомну патологію у новонароджених.
- прояви основних вад розвитку у новонароджених, володіти алгоритмом лікарської тактики.

**- лікар неонатолог повинен уміти:**

- Вміти провести антенатальний профілактичний патронаж вагітної

- Вміти організувати лікарський контроль за станом здоров'я новонародженого.
- Бути здатним визначити основні профілактичні, діагностичні та терапевтичні втручання і обладнання, яке застосовується під час догляду за новонародженим з асфіксією, низькою вагою та іншими патологічними станами перинатального періоду, які підлягають лікуванню на первинному та вторинному рівнях допомоги.
- Володіти сучасними принципами догляду та вигодовування доношених новонароджених з перинатальною патологією.
- Володіти сучасними принципами фізіологічного виходжування та вигодовування недоношених новонароджених
- Надавати необхідну й адекватну допомогу для корекції метаболічних розладів

### **III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ**

1. Назвіть особливості фізіологічної постнатальної адаптації новонароджених.
2. Особливості метаболічної адаптації недоношених новонароджених.
3. Як впливає акушерська та екстрагенітальна патологія на ранню адаптацію новонародженого.
4. Назвіть групи ризику вагітних і новонароджених.
5. Які ви знаєте перехідні стани у новонароджених?
6. Чим обумовлена втрата маси тіла у новонароджених дітей перших 7-10 днів життя?
7. Якими метаболічними змінами супроводжуються функціональні особливості сечовидільної системи у доношених та недоношених новонароджених?
8. Якими метаболічними змінами супроводжуються функціональні особливості становлення адекватного дихання у новонароджених?
9. Яким новонародженим призначають рутинні визначення рівня глюкози?
10. Якими метаболічними змінами супроводжуються функціональні особливості ендокринної системи новонароджених.

#### IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ

1. До групи ризику порушення адаптації належать немовлята
  - а) \*Народжені до 37 тижня гестації
  - б) Народжені на 37-39 тижні гестації
  - в) \*Від матерів з прееклампсією
  - г) \*Народжені шляхом кесарського розтину
  - д) З масою тіла до 4 кг
  - е) \*З масою тіла більше 4 кг
2. Дитина з гестаційним віком 31-32 тижні народилась у стані важкої асфіксії, з оцінкою за шкалою Апгар 1-3 бали. Можливі метаболічні порушення
  - а) Гіпокаліємія
  - б) \*Гіпокальціємія
  - в) \*Гіпоглікемія
3. Основними розладами адаптації та патологічними станами у недоношених дітей з гестаційним віком 27-28 тижнів є:
  - а) \*Респіраторний дистрес-синдром
  - б) Поліцитемія
  - в) \*Гіпоглікемія
  - г) \*Гіпотермія
  - д) \*Некротичний ентероколіт
4. Дитина народилась з гестаційним віком 30 тижнів, масою тіла 1200г. Відразу після народження розвинувся респіраторний дистрес-синдром. Найбільш важливий фактор у розвитку РДС
  - а) Метаболічні розлади
  - б) \*Дефіцит сурфактанту
  - в) Незрілість імунної системи
5. Ефективність постнатальної адаптації недоношених дітей з гестаційним віком 35 - 36 тижнів визначається
  - а) \*Ступенем зрілості ЦНС
  - б) \*Оптимальним вигодовуванням

- в) \*Морфо - функціональною зрілістю організму
  - г) "Призначенням гормональної терапії
  - д) \*Участю матері в догляді за дитиною
6. Розвиток набрякового синдрому у дитини з гестаційним віком 28-29 тижнів на 2 добу може бути зумовлений станами
- а) \*Внутрішньоутробною інфекцією
  - б) \*Порушенням метаболічної адаптації
  - в) \*Нераціональною інфузійною терапією
  - г) \*Гіпотермією
  - д) Є нормою для дитини даного віку
7. У дитини з гестаційним віком 32 тижнів на 5 добу життя з'явилися судомі, напади апное, зниження рівня гемоглобіну. З найменшою вірогідністю це
- а) ВШК
  - б) \*Пневмонією
  - в) Гнійний менінгіт
  - г) Метаболічні розлади
8. Дитина народилась з гестаційним віком 29 тижнів, масою тіла 1150г Відразу після народження розвинувся респіраторний дистрес-синдром. Найбільш важливий фактор у розвитку РДС
- а) Метаболічні розлади
  - б) \*Дефіцит сурфактанту
  - в) Незрілість імунної системи
9. Метаболічні прояви "холодової" травми у недоношеного новонародженого
- а) \*Ацидоз
  - б) Гіпоглікемія
  - в) Гіперглікемія
  - г) \*Підвищений рівень лактату
10. Енергозатрати недоношеного новонародженого
- а) \*Підтримка життєдіяльності
  - б) \*Холодовий стрес

- в) \*Зростання
- г) \*Фізична активність
- д) \*Витрати з калом
- е) Емоційна активність

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №5**

### **Тема «Режим щеплення здорових новонароджених»**

**I. МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань вродженого та набутого імунітету. Набуття сучасних знань з питань вакцинації новонароджених. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань

### **II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**

**- лікар неонатолог повинен знати:**

- тлумачення поняття вроджений та набутий імунітет
- поняття вакцинації
- протипоказання до проведення вакцинації
- методика введення вакцин
- побічні реакції при введенні вакцин

**- лікар неонатолог повинен уміти:**

- проводити огляд новонародженого та визначати його готовність до проведення щеплень
- визначати протипоказання до проведення щеплень
- заповнювати виписку із карти новонародженого (ф. 097/1/о)
- трактувати результати лабораторних та інструментальних методів обстеження
- спланувати диспансерний нагляд та профілактичні заходи

### **III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ**

- Що таке вроджений та набутий імунітет

- Які ви знаєте протипоказання до проведення вакцинації
- Яка методика введення вакцини БЦЖ
- Які умови зберігання вакцини БЦЖ
- Яка методика введення вакцини проти гепатиту В
- Особливості вакцинації хворих новонароджених

#### IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ

1. Вакцинація новонароджених проти гепатиту В проводиться
  - а) Тільки новонародженим від HBs-негативних матерів
  - б) Всім новонародженим від HBs-позитивних матерів
  - в) Всім новонародженим за умови відсутності протипоказань
2. Вакцинацію та скринінг новонародженим проводять в
  - а) Маніпуляційній
  - б) \*Кімнаті для щеплень у відділенні новонароджених
  - в) Палаті, де перебуває дитина
3. Діти 3-5 днів підлягають вакцинації проти туберкульозу у пологовому будинку. Кого з перерахованих дітей не можна щеплювати проти туберкульозу у цей термін?
  - а) \*Недоношену дитину (маса тіла 1900г) на 8-й день життя
  - б) Здорову дитину (маса тіла 3800г.) на 5-й день життя
  - в) Недоношену дитину (маса тіла 2300г.) на 3-й день життя
  - г) Всі відповіді вірні
4. Дитина з вродженим важким комбінованим імунодефіцитом помилково щепленна БЦЖ. Після щеплення БЦЖ у неї розвивається
  - а) \*Генералізована БЦЖ інфекція
  - б) БЦЖ остеомієліт
  - в) БЦЖ лімфаденіт
  - г) Келоїдні рубці на місці введення
5. У родині, куди повинна повернутися з пологового будинку мати з новонародженим, є хворий на туберкульоз. Коли можна повернутися з дитиною до цієї родини?

- а) \*Через 6-8 тижнів після пологів та щеплення дитини БЦЖ
  - б) Через 1 тиждень після пологів та щеплення дитини БЦЖ
  - в) Через 2-3 тижня після пологів та щеплення дитини БЦЖ
  - г) Через 6 місяців після пологів та щеплення дитини БЦЖ
6. Мати новонародженої дитини інфікована вірусом ГВ. Ваша тактика щодо проведення профілактики ВГ у дитини?
- а) щеплення проти ВГВ почати в 1 міс.
  - б) щеплення проти ВГВ почати на 1 тижні
  - в) щеплення проти ВГВ почати в 12 міс.
  - г) \*щеплення у перший день життя (в перші 12 годин ) + специфічний гамма-глобулін\*
7. Рівень охоплення імунізацією, який необхідний для забезпечення повноцінного протиепідемічного ефекту?
- а) 80-90%
  - б) 90-95%\*
  - в) 70-75%
  - г) 60-65%
8. Вкажіть строки вакцинації вакциною БЦЖ :
- а) 1 день життя,
  - б) 3 день життя,\*
  - в) 1 міс.
  - г) 3 міс.
9. ВІЛ-інфіковані діти не можуть бути щепленні:
- а) АКДП вакциною
  - б) Коровою вакциною
  - в) Вакциною проти грипу
  - г) Вакциною проти haemophilus influenzae B інфекції
  - д) Живою полімієлітною вакциною\*

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №6**

### **Тема «Інтенсивна терапія порушень водно-електролітного обміну, розладів кислотно-лужного стану, гіпер- та гіпоглікемії»**

- I. **МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань етіології, патогенезу, клінічних проявів, лікування порушень водно-електролітного обміну, розладів кислотно-лужного стану у новонароджених. Набуття сучасних знань з питань сучасної діагностики, диференціальної діагностики, обстеження, лікування новонароджених з гіпер- та гіпоглікемією. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань

## **II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**

### **- лікар неонатолог повинен знати:**

- тлумачення поняття кислотно-лужного стану, водно-електролітного обміну
- Особливості водно-електролітного обміну у новонародженого
- Порушення водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану у новонародженого
- етіо-патогенез гіпо-, гіперглікемії
- класифікацію розладів кислотно-лужного стану, водно-електролітного обмін

### **- лікар неонатолог повинен уміти:**

- визначити клінічні критерії діагностики гіпо/гіпергідратації
- визначити клінічні критерії діагностики гіперглікемії, гіпоглікемії
- скласти план обстеження новонародженого зі стійкою гіперглікемією, гіпоглікемією
- трактувати результати лабораторних та інструментальних методів обстеження
- підвищити майстерність проведення диф. діагнозу
- складати план лікування патологічних станів

## **III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ**

1. Фізіологія водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану у новонародженого.
2. Порушення водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану у новонародженого.
3. Терапевтичні можливості застосування інфузійної терапії в неонатології.
4. Режими інфузійної терапії.
5. Характеристика лікарських препаратів, які застосовуються при інфузійній терапії у новонародженого.
6. Показання і способи проведення інфузійної терапії у новонародженого.
7. Диференційна діагностика при стійких гіперглікеміях, гіпоглікеміях.
8. Тактика ведення хворого зі стійкою гіпоглікемією.
9. Надання невідкладної допомоги при діагностування гіперглікемії, гіпоглікемії.

#### **IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ**

1. Введення високоосмолярних розчинів натрію гідрокарбонату недоношеним новонародженим може бути причиною
  - а) Посилення метаболічного ацидозу
  - б) \*Внутрішньошлункових крововиливів
  - в) Посилення гіпоксемії і гіпоксії
2. До ознак гіповолемії не відноситься
  - а) Відсутність відповіді на реанімаційні заходи
  - б) Блідість шкіри при диханні киснем у високій концентрації
  - в) \*Центральний ціаноз
  - г) Слабкий пульс при задовільній ЧСС
  - д) Низький артеріальний тиск
3. Показання для призначення гідрокарбонату натрію при первинній реанімації
  - а) \*Доведений метаболічний ацидоз
  - б) \*Тривала реанімація
  - в) Апноє
4. Для лікування гіперкаліємії при асфіксії новонароджених використовують

- a) \*Розчин глюкози 10% і глюконату кальцію 10%
  - б) Панангін
  - в) Розчин Рінгер-Локка
  - г) Гемодез
5. Якщо причиною судом у новонароджених є гіпокальціємія, призначають
- a) 10% Са глюконат 2 мл/кг per os
  - б) \*10% Са глюконат 2 мл/кг в/в
  - в) 10% Са глюконат 2 мл/кг, розведений у рівній кількості води для ін'єкцій, в/в за 3 хвилини
6. Судоми новонароджених, викликані гіпомагніємією, лікують введенням
- a) 15% розчину Mg сульфату 2 - 4 мл/кг в/в
  - б) \*25% розчину Mg сульфату 2 - 4 мл/кг в/м
  - в) 10 % розчину Mg сульфату 5 мл/кг в/в
7. Гіпокальціємія в половині випадків супроводжується
- a) \*Гіпомагніємією
  - б) Гіпермагніємією
  - в) Гіпонатріємією
  - г) Гіпернатріємією
8. На яку добу життя у випадку парентерального живлення до інфузійного розчину додають солі натрію та калію?
- a) Розчини натрію і калію додають з першої доби життя
  - б) Хлористі натрій і калій додають до інфузійного розчину тоді, коли у новонародженого встановлюється адекватний діурез, здебільшого це з 3-ї або 4-ї доби
  - в) Розчини натрію і калію використовують виключно для корекції їх рівня в крові, після проведення аналізів
9. Коли в склад інфузійної рідини рекомендується включати глюконат кальцію, якщо дитина знаходиться на парентеральному годуванні?
- a) До складу інфузійної рідини включати глюконат кальцію рекомендується з першої доби життя

- б) Глюконат кальцію включають в ін фузію з 3-4 доби життя
  - в) Глюконат кальцію використовують виключно для корекції гіпокальцемії після проведення аналізів
10. Які метаболічні розлади сприяють розвиткові гіпокальцемії?
- а) Гіпомагніємія
  - б) Гіперфосфатемія
  - в) Недавнє введення бікарбонату натрію
  - г) Діабет матері
  - д) Ацидоз
  - е) Все вище вказане

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ № 7**

### **Тема «Ентеральне вигодовування грудним молоком»**

- I. **МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань ентерального вигодовування новонароджених. Визначення протипоказань до проведення ентерального харчування з боку дитини; Визначення протипоказань до вигодовування грудним молоком з боку матері; Поняття про трофічне харчування; Показання до проведення, техніка, ускладнення зондового харчування. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань
- II. **НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**
- **лікар неонатолог повинен знати:**
- тлумачення поняття мала маса тіла, дуже мала маса тіла, екстремально мала маса тіла
  - класифікацію новонароджених в залежності від гестаційного віку
- **лікар неонатолог повинен уміти:**
- використовувати центильні таблиці
  - використовувати шкала Ballard, акушерські дані для визначення гестаційного віку

- трактувати результати антропометрії

### III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ

1. Визначте протипоказання до проведення ентерального харчування з боку дитини;
2. Назвіть заходи щодо підтримки лактації та грудного вигодовування
3. Визначте протипоказання до вигодовування грудним молоком з боку матері;
4. Що таке трофічне харчування? Техніка його проведення
5. Назвіть показання до проведення, техніку, ускладнення зондового харчування

### IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ

1. Раннє прикладання новонародженого до грудей матері регламентується часом
  - а) \*Перші 60 хвилин життя
  - б) Перші 6-8 годин життя
  - в) Перші 48 годин життя
  - г) Перший день життя
2. Доношеній дитині на 14 день життя, що отримує ентеральне харчування, рекомендується забезпечити кал/кг/добу
  - а) 110-115
  - б) \*120-125
  - в) 130-135
  - г) 140-145
3. Термін раннього початку грудного вигодовування
  - а) Через 4 години
  - б) \*Перші 120 хв
  - в) Перші 60 хв
  - г) Через 90 хв
4. Показання до зондового харчування
  - а) Інтенсивна терапія немовлят з гестаційним віком менше 32 тижнів

- б) \*Порушення акту смоктання і ковтання
- в) \*Внутрішньочерепна пологова травма
- г) Некротичний ентероколіт

5. До критеріїв призначення зондового харчування відносяться

- а) \*Маса тіла 1300 г, гестаційний вік до 31-32 тижнів
- б) Стабільне збільшення маси тіла
- в) Адекватний рефлекс смоктання
- г) Нормальний характер і частота випорожнень

6. Вкажіть оптимальний вид вигодовування дитини з гестаційним віком 30-32 тижні протягом перших 10 днів життя

- а) Годування з пляшечки через соску
- б) Зондове годування молочними сумішами
- в) Зондове годування грудним молоком
- г) Зондове годування грудним молоком з частковим парентеральним харчуванням

7. Вкажіть вірне твердження щодо грудного вигодовування

- а) \*Грудне вигодовування - фізіологічний процес, етап репродуктивного циклу, позитивно впливає на організм жінки і дитини
- б) Грудне вигодовування негативно впливає на організм жінки, підвищує ризик післяпологових ускладнень
- в) Грудне вигодовування потребує матеріальних затрат, негативно впливає на бюджет родини

8. Вкажіть оптимальний вид вигодовування дитини з гестаційним віком 32-34 тижні протягом перших 10 днів життя

- а) Годування з соски і пляшечки молочними сумішами
- б) Виключно зондове годування
- в) \*Початкове годування з чашечки грудним молоком, прикладання до грудей матері
- г) Комбінація зондового годування і годування з пляшечки через соску

9. Вкажіть оптимальний вид вигодовування дитини з гестаційним віком 34-36 тижнів протягом перші 10 днів життя
- а) Годування з соски і пляшечки молочними сумішами
  - б) Годування з соски і пляшечки грудним молоком
  - в) Зондове годування
  - г) \*Початкове годування з чашечки грудним молоком з наступним прикладанням до грудей матері і грудне вигодовування
10. Потреба в білку у доношеного новонародженого на ентеральному харчуванні на першому тижні життя становить
- а) \*2-3 г/кг/день
  - б) 3-5 г/кг/день
  - в) 3-4 г/кг/день
11. Потреба в білку у недоношеного новонародженого на ентеральному харчуванні на першому місяці життя становить
- а) 2-3 г/кг/день
  - б) 3-5 г/кг/день
  - в) \*3-4 г/кг/день
  - г) ГРВІ у матері

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №8**

**Тема «Основи інфекційного контролю. Мікробіологічний моніторинг**

**Контроль за антибіотикорезистентністю. Профілактика**

**нозокоміальних інфекцій Техніка миття рук медичного персоналу»**

- I. **МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань основ інфекційного контролю, мікробіологічного моніторингу, контролю за антибіотикорезистентністю. Набуття сучасних знань з питань профілактики розповсюдження нозокоміальних інфекцій. Техніка миття рук медичного персоналу. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань

## **II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ**

**- лікар неонатолог повинен знати:**

- тлумачення поняття інфекційного контролю, антибіотикорезистентності
- етіо-патогенез нозокоміальних інфекцій
- класифікацію нозокоміальних інфекцій
- профілактика нозокоміальних інфекцій

**- лікар неонатолог повинен уміти:**

- визначити клінічні критерії діагностики нозокоміальних інфекцій
- методи профілактики нозокоміальних інфекцій
- методи контролю за антибіотикорезистентністю
- техніка миття рук медичного

## **III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ**

- Принципова схема функціонування мікробіологічного моніторингу
- Методи профілактики нозокоміальних інфекцій
- Методи контролю за антибіотикорезистентністю
- Клінічні критерії діагностики нозокоміальних інфекцій
- Лабораторне забезпечення епіднагляду за НІ
- Ефективність системи епідеміологічного нагляду за НІ
- Техніка миття рук медичного персоналу

## **IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ**

1. Інфікування ембріону в перші 6-9 тижнів гестації призводить до

а) \*Самовільного переривання вагітності, формування вроджених вад розвитку

б) Розвитку запальної реакції плоду

а) Народження з ознаками гострої інфекції

2. Інфекція плода в 32-34 тижні гестації призводить до

а) Формування вроджених вад розвитку

б) \*Передчасного народження

в) \*кардіо-респіраторного дистресу при народженні

г) Народження з клінічними ознаками інфекції

3. Для етіологічної діагностики вірусної інфекції проводять

- а) \*Імуноферментний аналіз
- б) \*Полімеразну ланцюгову реакцію
- в) Бактеріологічне дослідження шлункового аспірату
- г) Біохімічне дослідження крові

4. Найбільш ефективний захід для запобігання нозокоміальних інфекції у відділенні новонароджених

- а) Тривале миття рук щіткою до початку роботи
- б) \*Систематичне миття рук при вході у відділення та між оглядами дітей з дотриманням сучасних вимог
- в) Своєчасне призначення антибіотиків
- г) Систематичне бактеріологічне обстеження обладнання

5. Джерело нозокоміальної інфекції в акушерському стаціонарі

- а) \*Хворі новонароджені
- б) \*Породіллі
- в) \*Медичний персонал
- г) \*Вагітні жінки
- д) Присутні на партнерських пологах

6. Найбільш значимий механізм та шлях нозокоміального інфікування в пологових будинках

- а) Повітряно-пиловий
- б) \*Контактний
- в) Харчовий
- г) Парентеральний

7. Фактори, що зумовлюють підвищену чутливість новонароджених до інфекції

- а) \*Знижена активність фагоцитозу
- б) \*Знижений рівень імунного гамма-інтерферону
- в) Низький рівень опсонінів
- г) Високий рівень опсонінів

8. Вкажіть основний механізм поширення внутрішньолікарняних штамів у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених
- а) Контактний (головні фактори передачі – руки медичного персоналу, медична апаратура, засоби догляду за новонародженими, тощо)
  - б) Повітряно-крапельний
  - в) Харчовий

## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №9**

### **Тема «Патологія білірубінового обміну у новонароджених**

#### **Гемолітична хвороба новонароджених»**

- I. **МЕТА.** Поглиблення теоретичних знань з питань етіології, патогенезу, клінічних проявів, лікування гемолітичної хвороби. Набуття сучасних знань з питань сучасної діагностики, диференціальної діагностики, обстеження, лікування новонароджених з патологією білірубінового обміну. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань
- II. **Навчальні цілі заняття**
  - **лікар неонатолог повинен знати:**
    - тлумачення поняття жовтяниці новонароджених
    - білірубіновий обмін у новонародженого
    - класифікацію жовтяниць у новонароджених
    - клінічні особливості перебігу жовтяниць у новонароджених
  - **лікар неонатолог повинен уміти:**
    - визначити клінічні критерії діагностики жовтяниць у новонароджених
    - скласти план обстеження у дитини з жовтяницею
    - трактувати результати лабораторних та інструментальних методів обстеження
    - підвищити майстерність проведення диф. діагнозу
    - складати план лікування у дитини з жовтяницею

- спланувати диспансерний нагляд та профілактичні заходи у дитини з жовтяницею

### III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ

1. Етіологічні чинники жовтяниці у новонароджених.
2. Патогенетичні аспекти жовтяниць у новонароджених.
3. Провідні симптоми жовтяниці.
4. Методи обстеження, та їх інтерпретація.
5. Диференційна діагностика жовтяниць.
6. Клінічний діагноз жовтяниць, які найбільш часто зустрічаються в періоді новонародженості.
7. Лікування жовтяниць.

### IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ

1. Жовтяниця новонародженого в першу добу життя:
  - а) Носить фізіологічний характер і не потребує лікування
  - б) Найчастіше є симптомом захворювання, але не може бути небезпечною, бо рівень білірубіну не високий
  - в) \*Може бути небезпечною, потребує обстеження та лікування
2. В якій з наступних ситуацій жовтяниця у доношеного новонародженого є фізіологічною
  - а) Жовтяниця у віці 12 годин життя
  - б) \*Рівень сироваткового білірубіну зростає не більше 85 мкмоль/л за добу в перші 2-4 дні життя
  - в) Прямий (кон'югований) сироватковий білірубін більше 17 мкмоль/л
  - г) Жовтяниця у віці 12 днів життя
3. Що з наступного є найбільш доцільним методом лікування гіпербілірубінемії 180 мкмоль/л у дитини віком 3 тижні, що знаходиться на грудному вигодовуванні, нормально зростає і розвивається
  - а) Фототерапія
  - б) Замінне переливання крові
  - в) Фенобарбітал

- г) Продовжувати грудне вигодовування
4. У дитини 4-х днів група крові O(I)Rh(+) Білірубін загальний 284 мкмоль/л, прямий - 0, АЛТ - 0,23, АСТ- 0,18, гама-ГТ - 3,75 характеризує
- а) Норму для дитини даного віку
  - б) Гемолітичну хворобу новонароджених
  - в) Синдром згущення жовчі
  - г) Атрезію жовчних ходів
5. Рівень гама-ГТ 25-30 мкмоль/л характерний для
- а) Гепатиту
  - б) Гіпербілірубінемії при підвищеному гемолізі
  - в) \*Атрезії жовчних ходів
6. У дитини 8 днів рівень загального білірубіну 180 ммоль/л, прямого 85 ммоль/л, АЛТ - 1,75 ммоль/л Це може свідчити про
- а) \*Фетальний гепатит
  - б) Підвищений гемоліз
  - в) Синдром згущення жовчі
  - г) Є нормою для даного віку
7. Дитина народилась субіктеричною, інтенсивність жовтяниці збільшується, стан дитини порушений, сеча темна, білірубін крові зростає, домінує його пряма фракція, активність печінкових ферментів помірно підвищена.
- Діагноз
- а) \*Вроджений гепатит
  - б) Атрезія жовчних ходів
  - в) Кон`югаційна жовтяниця
  - г) Гемолітична жовтяниця
8. Непряма проба Кумбса має діагностичне значення для підтвердження
- а) Геморагічної хвороби новонароджених
  - б) Гемолітичної хвороби новонароджених
  - в) Аутоімунної гемолітичної анемії
  - г) Синдрому ДВЗ

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №10

### Тема «Респіраторний дистрес синдром новонароджених»

I. **МЕТА** поглиблення теоретичних знань з питань етіології, патогенезу, клінічних проявів, лікування СДР. Набуття сучасних знань з питань сучасної діагностики, диференціальної діагностики, обстеження, лікування новонароджених з враженням дихальної системи. Ознайомлення з діючими нормативними документами МОЗ по цим питанням. Контроль знань

### II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ

#### - інтерн повинен знати ( $\alpha = II$ )

- тлумачення поняття респіраторний дистрес синдром новонароджених та класифікація РДС новонароджених
- клінічні особливості перебігу респіраторного дистрес синдрому новонароджених

#### - інтерн повинен уміти ( $\alpha = III$ )

- оцінити тяжкість стану новонародженого з респіраторним дистрес синдромом новонароджених
- визначити клінічні особливості перебігу
- скласти план обстеження
- трактувати результати лабораторних та інструментальних методів обстеження
- проводити диф.діагноз РДС
- складати план лікування респіраторного дистрес синдрому новонароджених
- спланувати диспансерний нагляд та профілактичні заходи
- оволодіти практичними навичками з проведення клінічного, лабораторного, інструментального дослідження, аналізу та інтерпретації отриманих результатів, призначення медикаментозного лікування, призначення немедикаментозного лікування

### III. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ДО СЕМІНАРУ

1. Етіологічні чинники РДС новонароджених.
2. Патогенетичні проблеми РДС новонароджених.
3. Чинники ризику РДС новонароджених.
4. Клінічні прояви РДС новонароджених.
5. Диференційна діагностика та обґрунтування діагнозу РДС Новонароджених.
6. Тести на зрілість легень у новонароджених.
7. Лікування РДС новонароджених.
8. Особливості та строки введення сурфактанту.
9. Профілактика РДС новонароджених.

#### **IV. РІШЕННЯ ТЕСТІВ**

1. Об'єм легеневої рідини плода (мл/кг):
  - а) 10
  - б) 30**
  - в) 60
  - г) 15
2. Визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін в амніотичній рідині проводиться з метою:
  - а) Діагностики вроджених вад розвитку
  - б) Визначення ступеню недоношеності
  - в) Оцінки зрілості легенів плоду
  - г) Діагностики багатоплідної вагітності
- 3.** Проведення ШВЛ показано при
  - а) Нападах апное, які не піддаються медикаментозній корекції
  - б) Дихальних розладах, що супроводжуються гемодинамічними порушеннями
  - в) Оцінці за шкалою Довнеса 7 балів та більше
  - г) Оцінці за шкалою Довнеса 3 бали і менше
  - д)  $pCO_2$  більше 60 (мм рт ст),  $pO_2$  менше 50 (мм рт ст)

4. Новонародженому з РДС проводиться назальний СРАР в режимі  $FiO_2=0,6$ , тиск на видиху 6 см вод ст. При відсутності клінічного ефекту необхідно
- Збільшити концентрацію кисню
  - Підвищити тиск на вдиху
  - Розпочати ШВЛ
  - Дослідити гази крові
5. Для профілактики РДС матері при загрозі передчасних пологів вводять дексаметазон загальною (курсуюю) дозою
- 20 мг
  - 24 мг
  - 30 мг
  - 50 мг
6. У недоношеної дитини з гестаційним віком 34 тижні через 2 години після народження спостерігалось збільшення частоти дихательних рухів до 80 за хвилину, шумне стридорозне дихання. За даними клініко-рентгенологічного обстеження встановлена хвороба гіалінових мембран. Що є основним фактором ризику розвитку респіраторного дистресу у цієї дитини?
- Пологова травма.
  - Структурно функціональна незрілість органів дихання.
  - Куріння матері під час вагітності.
  - Внутрішньоутробні інфекції.
7. В відділення патології вагітних поступила жінка зі строком гестації 32 тижні з загрозою передчасних пологів. Який із нижче вказаних препаратів необхідно призначити вагітній з метою профілактики синдрому дихальних розладів у новонародженої дитини?
- ДОКСА.
  - Вітаміни.
  - Сурфактант.
  - Антибіотики.
  - Глюкокортикостероїди.

8. Визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін в амніотичній рідині проводиться з метою
- а) Діагностики вроджених вад розвитку
  - б) Визначення ступеню недоношеності
  - в) Оцінки зрілості легенів плоду
  - г) Діагностики багатоплідної вагітності

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
 ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
 Деканат післядипломної освіти  
 Кафедра педіатрії з курсом дитячої хірургії та реанімації.

„УЗГОДЖЕНО”  
 Начальник Управління охорони здоров'я  
 Запорізької облдержадміністрації  
 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

„ЗАТВЕРДЖЕНО”  
 Ректор Запорізького державного медичного  
 університету  
 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

**ПАСПОРТ  
 базового лікувального закладу підготовки інтернів**

1. \_\_\_\_\_  
 (найменування Управління охорони здоров'я або іншого відомства,  
 \_\_\_\_\_  
 якому підпорядкований лікувальний заклад)
2. \_\_\_\_\_  
 (повне найменування лікувального закладу)
3. \_\_\_\_\_  
 (поштова адреса)
4. \_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім'я та по-батькові головного лікаря)
5. \_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім'я та по-батькові заступника головного лікаря з лікувальної роботи)
6. \_\_\_\_\_  
 (з яких спеціальностей буде проводитись навчання інтернів)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
 (кількість інтернів, що можуть одночасно навчатися на базі)  
 \_\_\_\_\_

8. Загальна характеристика лікарської установи: перелік лікувальних відділень з кількістю ліжок, діагностичних відділень і кабінетів, лабораторій, потужність поліклініки, наявність

сучасної діагностичної, лікувальної та лабораторної апаратури, наявність спеціалізованих відділень, палат, ліжок)

9.Безпосередні керівники інтернів

№	ПІБ	посада	вік	стаж зі спеціальності	категорія, наукова ступінь	останнє підвищення кваліфікації (рік, ВУЗ)

10. \_\_\_\_\_  
(забезпечення інтернів житлом (при лікарні, у гуртожитках підприємств))

Головний лікар \_\_\_\_\_

М.П.

**ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ З ІНТЕРНАТУРИ, ЯКІ МАЮТЬ ВЕСТИСЬ У  
БАЗОВИХ УСТАНОВАХ СТАЖУВАННЯ ІНТЕРНІВ**

1. Накази, вказівки, інструктивні документи з інтернатури МОЗ України, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, ректора навчального закладу, деканату ФПО.
2. Положення про інтернатуру (Наказ МОЗ України №291 від 19.09.96р.)
3. Список інтернів, які проходять базову підготовку.
4. Типові учбові плани і програми зі спеціальності, за якою проводиться підготовка в інтернатурі.
5. План роботи керівника інтернів по підготовці лікарів-інтернів на базі стажування на навчальний рік (затверджений головним лікарем);
6. Календарний план навчання лікарів-інтернів на навчальний рік (графік ротації по відділеннях, кабінетах для виконання всіх розділів навчального плану з профільних і суміжних дисциплін; графік проведення семінарських практичних занять з лікарями-інтернами);
7. Журнал обліку відвідування занять і успішності лікарів-інтернів (оцінка початкового рівня знань, піврічна, річна, заключна атестації, участь у конференціях, опанування практичних навичок);
8. Графік чергувань лікарів-інтернів.
9. Чисельна характеристика оволодіння практичними навичками лікарями-інтернами.
10. Звіт керівника інтернів за навчальний рік;
11. Журнал зауважень і пропозицій за результатами перевірки роботи базової установи стажування і їх реалізація.

Додаток 3.

## ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ІНТЕРНА, НЕОБХІДНИХ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПІДСУМКОВОЇ АТЕСТАЦІЇ ІНТЕРНІВ

1. Індивідуальний план підготовки лікаря-інтерна
2. Щоденник обліку роботи інтерна (щотижня підписується керівником)
3. Характеристика від адміністрації базового закладу про виконання базової частини програми згідно з планом
4. Результати базового та проміжного контролю знань
5. Залікова книжка
6. Реферати, презентації, публікації. інші види НДР

Додаток 4.

## ПРОТОКОЛИ АТЕСТАЦІЇ ІНТЕРНІВ Запорізький державний медичний університет

### ВІДОМІСТЬ

Обліку результатів підсумкового **річного** (піврічного) контролю  
лікарів-інтернів **другого** року навчання

зі спеціальності «Неонатологія»

Кафедра «Дитячих хвороб ФПО»

База стажування \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2014 року

№ п/п	Прізвище, ім'я та по батькові	База стажування	Практичні навички	Теоретичні навички

Не допущено до проходження підсумкового контролю

Не з'явилося \_\_\_\_\_

Зав.кафедрою \_\_\_\_\_

(підпис)

Викладач кафедри \_\_\_\_\_

(підпис)

Безпосередній керівник на базі стажування \_\_\_\_\_

(підпис)

Оцінки: Відмінно \_\_\_\_\_ Добре \_\_\_\_\_ Задовільно \_\_\_\_\_ Незадовільно \_\_\_\_\_

Голова комісії: \_\_\_\_\_ Члени комісії: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2014 року

**ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН РЕКОМЕНДОВАНИХ ТЕМ ДЛЯ  
СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ НА ПЕРІОД ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ  
ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ „ПЕДІАТРІЯ”**

1. Фізіологічне спостереження за розвитком плоду, перебігом вагітності. Біофізичний профіль плода.
2. Терморегуляція у новонароджених. Особливості терморегуляціїу дітей з низькою масою тіла, підтримка теплового ланцюжка
3. Особливості метаболічної адаптації доношених і недоношених новонароджених
4. Асфіксія новонароджених. Невідкладна медична допомога. Первинна реанімація новонароджених
5. Визначення та розподіл новонароджених залежно від маси тіла при народженні
6. Респіраторний дистрес синдром новонароджених
7. Бронхо-легенева дисплазія
8. Вроджені вади серця. Діагностика, лікування догляд
9. Геморагічна хвороба новонароджених
10. Гемолітична хвороба новонароджених за системами RH-, ABO. Патогенез, рання діагностика, клініка, лікування
11. Інфузійна терапія. Парентеральне харчування у доношених і недоношених новонароджених
12. ВІЛ-інфекція в пери – та неонатальному періодах: фактори ризику, клінічний перебіг, діагностика, лікування, профілактика перинатальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини
13. Інфекції в перинатальному періоді (цитомегаловірусна, герпес-вірусна, токсоплазм енна, хламідійна, мікоплазменна, уреаплазменна краснушна, вірусні гепатити)
14. Гострі респіраторні вірусні захворювання новонароджених (грип, парагрип, РС, аденовірус)
15. Сепсис новонароджених: етіологія, клініка, лікування. Синдром системної запальної відповіді.
16. Мікробіологічний моніторинг. Контроль за антибіотико-резистентністю
17. Особливості метаболічної адаптації недоношених новонароджених Оцінка стану адаптації дитини з малою і дуже малою масою тіла при народженні
18. Особливості парентерального харчування
19. Визначення та розподіл новонароджених залежно від маси тіла при народженні Основи догляду, що спрямовані на розвиток
20. Інтенсивна терапія при гіпербілірубінемії. Фототерапія
21. Інтенсивна терапія шоку у новонароджених.
22. Інтенсивна терапія порушень водно-електролітного обміну, розладів кислотно-лужного стану

## Додаток 6.

**РЕКОМЕНДОВАНІ ТЕМИ РЕФЕРАТІВ**

1. Синдром витоку повітря: емфізема, пневмоторакс, пневмомедіастinum
2. Вроджені вади легенів та дихальних шляхів. Діагностика, клініка, невідкладна допомога
3. Атрезія стравоходу. Трахео-стравохідний свищ. діагностика, клініка, невідкладна допомога
4. Кишкова непрохідність у новонароджених – діагностика, клініка, невідкладна допомога
5. Виразково-некротичний ентероколіт
6. Недостатність кровообігу у новонароджених: серцева, судинна
7. Вроджені вади серця. Діагностика, клініка, невідкладна допомога, підготовка до транспортування
8. ДВЗ-синдром
9. Перинатальні гіпоксично-ішемічні пошкодження ЦНС .
10. Геморагічні пошкодження ЦНС у доношених і недоношених новонароджених
11. Пологова травма ЦНС. Спинальна пологова травма
12. Судоми у новонароджених.
13. Перинатальна реабілітація порушень розвитку
14. Ретинопатія недоношених: етіологія, діагностика, профілактика, тактика неонатолога
15. Гемолітична хвороба новонароджених
16. Вроджений гіпотиреоз
17. Діабетична фетопатія. Особливості догляду за дітьми з великою масою тіла
18. ВІЛ-інфекція в перинатальному періоді – та неонатальному періоді: фактори ризику, клінічний перебіг, діагностика, лікування, профілактика перинатальної трансмісії ВІЛ
19. Інфекції в перинатальному періоді
20. Кандидозна інфекція у новонароджених. Клініка, діагностика, лікування, профілактика
21. Неінвазивна вентиляція легень новонароджених
22. Інфекції в перинатальному періоді (цитомегаловірусна, герпес-вірусна, токсоплазмозна, хламідійна, мікоплазмозна, уреоплазмозна, краснуха, вірусні гепатити)

**ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК.**

№ п/п	Перелік знань та вмінь	Ступінь оволодіння
1.	Оцінка стану адаптації дитини при народженні, визначення алгоритму дій лікаря	+++
2.	Первинний лікарський огляд новонародженої дитини	+++
3.	Методика раннього викладання дитини на живіт матері, контакту «шкіра до шкіри»	+++
4.	Методика першого прикладання до грудей матері у пологовій залі та раннього початку грудного вигодовування	+++
5.	Підтримка теплового ланцюжка	+++
6.	Катетеризація стравоходу за клінічними показаннями	+++
7.	Догляд за пупковим залишком та пупковою ранкою	+++
8.	Оцінка гестаційного віку, морфо-функціональної зрілості	+++
9.	Оцінка фізичного розвитку новонародженого	+++
10.	Катетеризація пупкової вени	+++
11.	Санація верхніх дихальних шляхів	+++
12.	Санація трахеї	+++
13.	Закритий масаж серця	+++
14.	Інтубація трахеї	+++
15.	Проведення ШВЛ за допомогою мішка і маски	+++
16.	Проведення ШВЛ у новонароджених з ендотрахеальною інтубацією	+++
17.	Первинна реанімація новонароджених	+++
18.	Первинна реанімація новонароджених з меконіальною аспірацією	+++
19.	Методика грудного вигодовування	+++
20.	Методика проведення зондового годування	+++
21.	Методика парентерального харчування	+++
22.	Промивання шлунку	+++
23.	Визначення груп крові	+++
24.	Операція замінного переливання крові	+++
25.	Пульсоксиметрія у новонароджених	+++
26.	Проведення фототерапії	+++
27.	Вимірювання артеріального тиску у новонароджених	+++
28.	Люмбальна пункція	++
29.	Венепункція	+++
30.	Дихання під постійним позитивним тиском (показання, методика проведення) Неінвазивна вентиляція легень	+++
31.	Проведення інфузійної терапії за допомогою перфузорів	+++
32.	Невідкладна медична допомога при пневмотораксі	+++
33.	Показання до проведення ШВЛ, основні методи і параметри	+++

34.	Методика виходжування дітей з дуже малою масою тіла в умовах інкубаторів інтенсивної терапії	+++
35.	Методика ендотрахеального введення препаратів сурфактанту	++
36.	Експлуатація інкубаторів інтенсивної терапії новонароджених	+++
37.	Експлуатація відкритих реанімаційних систем для новонароджених	+++
38.	Експлуатація сучасних апаратів ШВЛ	+++
39.	Оцінка результатів рентгенографії органів грудної клітини та черевної порожнини у новонароджених та недоношених дітей	+++
40.	Оцінка результатів нейросонографії, доплерографії, МРТ, КТ у новонароджених з перинатальною патологією	+++
41.	Оцінка показників кислотно-лужного стану у новонароджених	+++

Додаток 8.  
Зразок звітної документації

Департамент охорони здоров'я \_\_\_\_\_ облдержадміністрації  
(вказати назву вищого медичного закладу та кафедри, де навчається інтерн)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар xxxxxxxxxxxxxx

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

М.П.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Зав.кафедри xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН**  
**проходження інтернатури за спеціальністю**  
**«Неонатологія»**

**лікаря-інтерна**

\_\_\_\_\_

**xx.08.20xx – xx.07.20xx**

(Дата початку – дата закінчення інтернатури)

Запоріжжя, 20xx

## ТЕОРЕТИЧНА ПІДГОТОВКА (очний період навчання)

Термін навчання \_\_\_\_\_

№	Періоди інтернатури	Індивідуальні строки проходження	Відмітка про виконання
<b>I</b>	<b>ОЧНИЙ ПЕРІОД НАВЧАННЯ</b>		
<b>1.</b>	<b>Заліки за період навчання:</b>		
1.1.	Базовий/ стартовий першого року навчання		
1.2.	Піврічний першого року навчання		
1.3.	Річний першого року навчання		
1.4.	Базовий/ стартовий другого року навчання		
1.5.	Піврічний другого року навчання		
1.6.	Річний другого року навчання		
1.7.	<b>Тестовий екзамен КРОК - 3</b>		
1.8.	<b>Комп'ютерне тестування «ELEX»</b>		
<b>2.</b>	<b>Участь:</b>		
2.1.	у тематичних клінічних розборах		
2.2.	у клініко-анатомічних конференціях		
2.3.	у науково-практичних конференціях		
2.4.	у засіданнях лікарняних товариств		
2.5.	доповіді на лікарняних конференціях		
2.6.	доповіді на конференціях студентів та лікарів-інтернів		
<b>3.</b>	<b>Реферування</b>		
	журнали		
	монорафії		
	підручники		
<b>II</b>	<b>СУМІЖНІ ДИСЦИПЛІНИ ТА ДОДАТКОВІ ПРОГРАМИ</b>		
1.	Медицина невідкладних станів		
2.	Протидія насильству в сім'ї		
3.	Медико-соціальна реабілітація		
4.	Педіатрія		
5.	Медична психологія і медична етика		

6.	Акушерство		
7.	Клінічна імунологія		
8.	Туберкульоз		
9.	Медична інформатика		
10.	Дитяча анестезіологія		
11.	Медико-соціальна реабілітація		
<b>III.</b>	<b>УЧАСТЬ У НАУКОВІЙ РОБОТІ</b>		
<b>IV.</b>	<b>САНІТАРНО- ПРОСВІТНЯ РОБОТА (ТЕМИ ЛЕКЦІЙ, БЕСІД)</b>		
<b>V.</b>	<b>ТАРИФНА ВІДПУСТКА</b>		

**Практична підготовка**  
(заочний період навчання)

№	Періоди інтернатури	Індивідуальні строки проходження	Відмітка про виконання
<b>I.</b>	<b>РОБОТА В СТАЦІОНАРІ.</b>		
	(вказати відділення згідно графіка)		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
<b>III.</b>	<b>ЧЕРГУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ</b>		
	1 рік навчання		
	2 рік навчання		

Безпосередній керівник на базі стажування

\_\_\_\_\_

розпис

\_\_\_\_\_

ПІБ  
**М.П.**

Керівник очного навчання

\_\_\_\_\_

розпис

\_\_\_\_\_

ПІБ

Лікар-інтерн

\_\_\_\_\_

розпис

\_\_\_\_\_

ПІБ

Департамент охорони здоров'я \_\_\_\_\_ облдержадміністрації  
(вказати назву вищого медичного закладу та кафедри, де навчається інтерн)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар xxxxxxxxxxxx

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Зав.кафедри xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

М.П.

**Щоденник**  
**проходження інтернатури за спеціальністю**  
**«Неонатологія»**

**лікаря-інтерна**

\_\_\_\_\_

**xx.08.20xx – xx.07.20xx**  
(Дата початку – дата закінчення інтернатури)

(місто), рік

## **ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ**

### **ОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ**

(заповнюється наприкінці очного періоду навчання на першому році інтернатури викладачем кафедри)

(термін \_\_\_\_\_ )

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		
3.	Загальна оцінка		

## ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ

### ЗАОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(заповнюється наприкінці заочного періоду навчання на першому році інтернатури  
безпосереднім керівником на базі стажування)

(термін \_\_\_\_\_)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис керівника заочної частини інтернатури
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		

ВИСНОВОК: лікар – інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал  
заочної частини першого року інтернатури у повному обсязі із  
загальною оцінкою \_\_\_\_\_.

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування \_\_\_\_\_  
ПІБ

### ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЗА ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ

(виставити по закінченні першого року навчання 20-25 червня на очній базі інтернатури)

\_\_\_\_\_

Підпис керівника очної інтернатури \_\_\_\_\_

## ДРУГИЙ РІК НАВЧАННЯ

### ЗАОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(заповнюється наприкінці заочного періоду навчання на другому році інтернатури  
безпосереднім керівником на базі стажування)

(термін \_\_\_\_\_)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис керівника заочної частини інтернатури
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		

ВИСНОВОК: лікар – інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал  
заочної частини другого року інтернатури у повному обсязі із  
загальною оцінкою \_\_\_\_\_.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІКАРЯ – ІНТЕРНА (додається).

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування \_\_\_\_\_  
ПІБ

## **ОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ**

(заповнюється наприкінці очного періоду навчання на другому році інтернатури викладачем кафедри)

(термін \_\_\_\_\_)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		

## **ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЗА ДРУГИЙ РІК НАВЧАННЯ**

(виставити по закінченні першого року навчання, 20-25 червня на очній базі інтернатури)

\_\_\_\_\_

Підпис керівника очної інтернатури \_\_\_\_\_







## ГРАФІК ПРОХОДЖЕННЯ ЗАОЧНОЇ ІНТЕРНАТУРИ

( складає керівник інтернів на базі стажування у 3 екземплярах: лікарю-інтерну, керівникам очної та заочної частин інтернатури)

**ЛІКАРЕМ-ІНТЕРНОМ \_\_\_\_\_ У ВІДДІЛЕННЯХ СТАЦІОНАРА**

**Термін роботи \_\_\_\_\_**

Пологовий будинок, пологове відділення,  післяпологове відділення спільного перебування матері і дитини	Відділення (палата) інтенсивної терапії  новонароджених пологового будинку, пологова зала	Відділення виходжування новонароджених обласних дитячих лікарень	Відділення виходжування недоношених дітей обласних дитячих лікарень	Відділення інтенсивної терапії новонароджених обласних дитячих лікарень
14 тижнів	10 тижнів	6 тижнів	6 тижнів	8 тижнів

Підпис лікаря –інтерна \_\_\_\_\_

ПІБ

Підпис відповідального за інтернатуру на базі стажування \_\_\_\_\_

ПІБ

Підпис зав.кафедри \_\_\_\_\_

ПІБ

Дата складання графіку \_\_\_\_\_ (рекомендована дата – перший місяць навчання в інтернатурі)\_

### ГРАФІК ЧЕРГУВАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ У ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ / СТАЦІОНАРІ

(складає керівник інтернів на базі стажування погоджуючи дати із інтерном, у 3 екземплярах: лікарю-інтерну, керівникам очної та заочної частин інтернатури)

Місяць \_\_\_\_\_ (2 чергування у місяць)

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Підпис лікаря –інтерна \_\_\_\_\_

Підпис керівника інтернів на базі стажування \_\_\_\_\_

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування \_\_\_\_\_





## КІЛЬКІСНИЙ ЗВІТ ПРО РОБОТУ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ (заочне навчання)

Відділення \_\_\_\_\_

Термін роботи \_\_\_\_\_

№	нозологія	Дні місяця																			

Підпис лікаря –інтерна \_\_\_\_\_

Підпис чергового лікаря \_\_\_\_\_

М.П.

ПІБ

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування \_\_\_\_\_

ПІБ









**ЧИСЕЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА  
ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК  
(екзаменаційна форма)**

Лікар - інтерн \_\_\_\_\_

Спеціальність «Неонатологія»

Термін навчання \_\_\_\_\_

№	Практичні навички	Загальна кількість
1.	Збір анамнезу та його оцінка	
2.	Об'єктивне обстеження хворого	
3.	Вимірювання артеріального тиску на верхніх та нижніх кінцівках	
4.	Оцінка лабораторних методів обстеження	
5.	Оцінка результатів біохімічних аналізів	
6.	Забір матеріалу для бак. дослідження	
7.	Розшифрування ЕКГ та ФКГ	
8.	Визначення групи крові та резусу	
9.	Невідкладна допомога на догоспітальному етапі	
	9.1. анафілактичний шок,	
	9.2. гостра дихальна,	
	9.3. серцева, судинна недостатність,	
	9.4. інфекційно-токсичний шок,	
	9.5. синдром гострого ексикозу,	
	9.6. напад астми,	
	9.7. судоми,	
	9.8. гіпертермічний синдром,	
	9.9. коматозні стани,	
	9.10. отруєння,	
	9.11. утоплення,	
	9.12. обмороження,	
	9.13. опіки,	
	9.14. синдром тривалого розчавлення	
	9.15. гостра крововтрата	
10.	Проведення первинної реанімації	
11.	Проведення інтубації	
12.	В/в. в/м та п/ш ін'єкції	
13.	Зупинка кровотечі	
14.	Імобілізація кінцівок при їх переломах	
15.	Проведення первинної обробки рани	
16.	а) Оцінка стану адаптації дитини при народженні, визначення алгоритму дій лікаря	
17.	б) Первинний лікарський огляд новонародженої дитини	
18.	Методика раннього викладання дитини на живіт матері, контакту «шкіра до шкіри»	
19.	Методика першого прикладання до грудей матері у пологовій залі	

	та раннього початку грудного вигодовування	
<b>20.</b>	Підтримка теплового ланцюжка	
<b>21.</b>	Катетеризація стравоходу за клінічними показаннями	
<b>22.</b>	с) Догляд за пупковим залишком та пупковою ранкою	
<b>23.</b>	d) Оцінка гестаційного віку, морфо-функціональної зрілості	
<b>24.</b>	Оцінка фізичного розвитку новонародженого	
<b>25.</b>	Катетеризація пупкової вени	
<b>26.</b>	Санація верхніх дихальних шляхів	
<b>27.</b>	Санація трахеї	
<b>28.</b>	Закритий масаж серця	
<b>29.</b>	Інтубація трахеї	
<b>30.</b>	Проведення ШВЛ за допомогою мішка і маски	
<b>31.</b>	Проведення ШВЛ у новонароджених з ендотрахеальною інтубацією	
<b>32.</b>	Первинна реанімація новонароджених	
<b>33.</b>	Первинна реанімація новонароджених з меконіальною аспірацією	
<b>34.</b>	Методика грудного вигодовування	
<b>35.</b>	Методика проведення зондового годування	
<b>36.</b>	Методика парентерального харчування	
<b>37.</b>	е) Промивання шлунку	
<b>38.</b>	Визначення груп крові	
<b>39.</b>	Операція замінного переливання крові	
<b>40.</b>	Пульсоксиметрія у новонароджених	
<b>41.</b>	Проведення фототерапії	
<b>42.</b>	Вимірювання артеріального тиску у новонароджених	
<b>43.</b>	Люмбальна пункція	
<b>44.</b>	Венепункція	
<b>45.</b>	Дихання під постійним позитивним тиском (показання, методика проведення) Неінвазивна вентиляція легень	
<b>46.</b>	Проведення інфузійної терапії за допомогою перфузорів	
<b>47.</b>	Невідкладна медична допомога при пневмотораксі	

Лікар-інтерн

\_\_\_\_\_

підпис

\_\_\_\_\_

ПІБ

Безпосередній керівник на базі стажування

\_\_\_\_\_

підпис

\_\_\_\_\_

ПІБ

Керівник очного навчання заідувач кафедри

\_\_\_\_\_

підпис

\_\_\_\_\_

ПІБ

**Зареферована література**

№ п/п	Назва журналу	Назва статей
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		

Підпис лікаря –інтерна \_\_\_\_\_

Підпис керівника \_\_\_\_\_

ПІБ

Додаток 9

Департамент охорони здоров'я \_\_\_\_\_ міської ради

\_\_\_\_\_  
(назва медичного закладу)

**Затверджено**

Головний лікар (назва мед.закладу)

\_\_\_\_\_  
(ПІБ)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

**Узгоджено**

Керівник інтернатури завідувач  
(вказати кафедру)

\_\_\_\_\_  
(ПІБ)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

### Посадова інструкція лікаря-інтерна

#### 1. Загальні положення.

- 1.1. Дана посадова інструкція визначає функціональні обов'язки, права і відповідальність лікаря-інтерна.
- 1.2. Лікар-інтерн відноситься до категорії фахівців.
- 1.3. Лікар-інтерн призначається на посаду і звільняється з посади в установленому чинним трудовим законодавством порядку та за наказом головного лікаря.
- 1.4. Зміни і доповнення до даної Посадової інструкції вносяться наказом головного лікаря медичної установи.

#### 2. Завдання та обов'язки.

##### Лікар-інтерн:

- 2.1. Виконує навчальний план і програму інтернатури за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря, керівника базового закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри вищого медичного навчального закладу.
- 2.2. Набуває, поглиблює і удосконалює професійні знання, вміння та навички.
- 2.3. Бере участь у виконанні всіх видів лікарської діяльності, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики.

2.4. Проходить піврічний (річний) та підсумковий контроль професійної практичної підготовки згідно з планом і програмою.

2.5. По закінченні терміну підготовки в інтернатурі проходить атестацію на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст».

2.6. Дотримується принципів медичної деонтології.

2.7. Веде лікарську документацію.

2.8. Виконує правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, де навчається в інтернатурі.

Відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації несе керівник лікарів-інтернів на базі стажування.

### **3. Права.**

Лікар-інтерн має право:

3.1. Знайомитися з проектами рішень керівництва лікарні стосовно його діяльності.

3.2. Подавати пропозиції з удосконаленням роботи, пов'язаної з передбаченими даною інструкцією обов'язками.

3.3. В межах своєї компетенції повідомляти безпосередньому керівнику про всі недоліки в діяльності підприємства (структурного підрозділу, окремих працівників), виявлені у процесі виконання своїх посадових прав і обов'язків і відносити пропозиції по їх усуненню.

3.4. Запитувати особисто або за дорученням безпосереднього керівника від керівників підрозділів і інших спеціалістів інформацію і документи, необхідні для виконання його посадових обов'язків.

3.5. Залучати спеціалістів усіх (окремих) структурних підрозділів до вирішення задач, покладених на нього (якщо це передбачено положеннями про структурні підрозділи, якщо ні – то з дозволу керівника організації).

3.6. Вимагати від керівництва підприємства, свого безпосереднього керівника надання допомоги у виконанні обов'язків, передбачених даною посадовою інструкцією.

### **4. Відповідальність.**

Лікар-інтерн несе відповідальність:

4.1. За незалежне виконання або невиконання своїх посадових обов'язків, передбачених даною інструкцією, - у межах, визначених чинним трудовим законодавством України.

4.2. За правопорушення, здійснені в процесі виконання своєї діяльності,- в межах, визначених чинним адміністративним, кримінальним і цивільним законодавством України.

4.3. За причинені матеріальні втрати – в межах, визначених чинним трудовим і цивільним законодавством України.

## 5. Повинен знати

5.1. Чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я.

5.2. Організацію проведення інтернатури (спеціалізації).

5.3. Права, обов'язки та відповідальність лікаря-інтерна.

5.4. Теоретичні знання щодо спеціальності, за якою навчається.

5.5. Сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, диспансеризації та реабілітації за профілем роботи.

5.6. Виконання всіх видів діяльності, передбачених індивідуальним планом підготовки

## 6. Кваліфікаційні вимоги

6.1.	Освіта*	Повна вища освіта за напрямом підготовки «Медицина». Спеціальність в інтернатурі за певною спеціальністю медичного профілю.
6.2	Досвід роботи	Без пред'явлення вимог до стажу роботи

## 7. Взаємовідносини (зв'язки) за посадою

7.1	Пряме підпорядкування	Лікарю-фахівцю (загальному керівнику інтернатури)
7.2	Додаткове підпорядкування	Завідувачеві відділенням (безпосередньому керівнику інтернатури)
7.3	Працівника заміщає	Особа, призначена у встановленому порядку

Безпосередній керівник лікарів-інтернів на базі стажування

\_\_\_\_\_

(ПБ)

\_\_\_\_\_

(підпис)

З посадовою інструкцією ознайомлений

\_\_\_\_\_

(ПБ лікаря-інтерна)

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(підпис)

## АКТ

## перевірки клінічної бази \_\_\_\_\_

Куратор: асистент/доцент кафедри (вказати назву кафедри та вузу) \_\_\_\_\_

(ФІП) \_\_\_\_\_

Дата перевірки: \_\_\_\_\_

На базі навчається \_\_\_\_\_ інтернів

П.І.П.	Спеціальність	Рік навчання в інтернатурі	Рік закінчення вузу	Домашня адреса	Місце роботи за розподілом

Керівники інтернів на клінічній базі

П.І.П.	Спеціальність	Стаж роботи	Категорія	Останні курси удосконалення	Місце роботи

В ході планової перевірки встановлено:

1.Наявність робочих місць у лікарів інтернів \_\_\_\_\_

2.Наявність і відповідність індивідуальних планів фактичній роботі лікарів-інтернів \_\_\_\_\_

3.Наявність щоденників і своєчасність їх заповнення \_\_\_\_\_

---

4. Виробнича дисципліна (в т.ч. кількість прогулів з поважної/неповажної причини індивідуально) \_\_\_\_\_

---

---

---

5. Види самостійної роботи інтернів \_\_\_\_\_  
(кількість рефератів)

---

(участь у ЛКК)

---

6. Теми семінарських занять \_\_\_\_\_

---

7. Якісна оцінка рівня практичних та теоретичних знань інтернів \_\_\_\_\_

---

Зауваження керівникові інтернів на базі:

---

---

Пропозиції керівників інтернів на базі: \_\_\_\_\_

---

---

---

М.П.

Підпис:

Керівник установи \_\_\_\_\_

Відповідальний за інтернатуру на базі стажування \_\_\_\_\_

Куратор бази \_\_\_\_\_

**ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ****Література**

1. Актуальні питання педіатрії: навчально-методичний посібник для лікарів загальної практики-сімейної медицини /За ред. проф. В.В.Бережного. -К.: «Червона Рута-Турс».- 2006.-430 с.
2. Актуальные проблемы неонатологии /Под ред. Н.Н.Володина.- М.: ГЭОТАР-МЕД.- 2004.-448 с.
3. Акушерство За редакцією член-кор.НАМН України, проф. Б.М.Венцківського (співавт. Шунько Є.Є., Кончаковська Т.В.) 2012 м. Київ, Медицина, -648с
4. Аряев Н.Л. Диагностика и лечение гемолитической болезни плода и новорожденного.- Одесса.- 2005.-262 с.
5. Аряев Н.Л., Циунчик Ю.Г. Принципы диагностики и лечения ЗВУР и гипотрофии.- Одесса: Ярослав.- 2005.-254 с.
6. Аряев М.Л. Неонатология.- АДЕФ: Україна.- 2003.-756 с.
7. Асфиксия новорожденных / Шабалов Н.П., Любименко В.А., Пальчик А.Б. – Москва:- Медпресс.- 1999. - 410с.
8. Базовая помощь новорожденному-международный опыт / Под редакцией Володина Н.Н., Сухих Г.Т. – М.:- ГЭОТАР-Медиа, 2008.-208 с.
9. В.Д. Кохран. Анамнез та об'єктивний огляд новонародженого / Посібник з неонатології: Пер. з англ. Джон Клоерті, Енн Старк (Ред.). – К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля.- 2002.-751с.
10. Внутрибольничная инфекция /В.Л.Осипова.-М.:ГЭОТАР-Медиа.- 2009.-256 с.
11. Воспалительные заболевания новорожденных Ю.К.Абаев /Ростов-на-Дону: Феникс.- 2007.-256 с.
12. Врожденные и перинатальные инфекции, предупреждение, диагностика и лечение /Под.ред. Мари-Луис Ньюэлл и Джаймса Мак- Интайра (перевод с английского А.В.Михайлова). – Спб. -2004. - 442с.

13. Гайдукова С.М., Ковалкіна Л.О., Видиборець С.В., Сивак Л.А. / Трансфузіологія. Еталони практичних навичок: навч. посіб. для студ. І викладачів мед. університетів та лікарів.-К.: Ювента.- 2003.-60 с.
14. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А.Б.Пальчик, Н.П.Шабалов.-2-е изд., испр. и доп.-М.: МЕДпресс-информ.- 2009.-256 с.
15. Годованець Ю.Д., Шунько Є.Є., /Адаптація новонароджених дітей: функціональний стан гепатобіліарної системи в нормі та при перинатальній патології. Монографія. – Чернівці.- БДМУ.-2007.- 302с.
16. Гриппи М.А. Патофизиология легких, изд.2-е испр. /М.; Спб.: ЗАО «Издательство БИНОМ», «Невский Диалект».- 2000. - 344с.
17. Діагностика, лікування та профілактика респіраторного дистрес-синдрому новонароджених. Шунько Є.Є., Вдовиченко Ю.П., Романенко Т.Г., Кончаковська Т.В., Лакша О.Т. -Методичні рекомендації– Київ.- 2005.-36с
18. Дихальна підтримка в новонароджених дітей. Навчальний посібник в 2-х частинах за редакцією Вдовиченка Ю.П., Гойди Н.Г., Добрянського Д.О., Шунько Є.Є. // К., 2011.-Ч1-522с., Ч2-612с.
19. Заболевания сердца у новорожденных и детей раннего возраста Н.С.Черкасов- / Ростов- на-Дону: Феникс.- 2006.- 192 с.
20. Зрение и слух у новорожденных. Диагностические скрининг-технологии / Ю.И.Барашнев, Л.П.Пономарева–М.:Триада-Х-2008.-200с.
21. Зростаємо разом: книга для батьків дітей раннього віку. Посібник для батьків /Л. В. Братусь, І. О. Зоріна, Н. В. Кошечка, Р. О. Моїсеєнко, О. Л. Нагула, О. П. Шлемкевич – К.: ВД „Калита”. – 2007. – 154 с.
22. Информаионные материалы по акушерской и гинекологической помощи.- Київ. -2007-88с.
23. Еталони практичних навичок в неонатології. Навчально-методичний посібник. Шунько Є.Є., Пясецька Н.М., Кончаковська Т.В. та ін.//К. 2011.- 256 с.
24. Кампф Гюнтер. Гигиена рук в здравоохранении.- /К.-2005. - 274с.

25. Карманный справочник по диагностическим тестам. /Под ред. В.С.Камышникова (пер. с англ.).-М.:МЕДпресс-информ.- 2004.-464 с.
26. Клиническая неонатология / А.И.Хазанов.-СПб.:Гиппократ-2009.-424 с.
27. Клінічні аспекти сучасної перинатології // Навч.-метод. посібник за ред. Вдовиченко Ю.П.- К.- 2005.-135с.
28. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. – Руководство для преподавателя. ВОЗ, Женева. 2003.- 422 с.
29. Критические состояния новорожденных (технология дистанционного консультирования и эвакуации) /А.Н.Шмаков, В.Н.Кохно. - Новосибирск, 2007. - 168 с.
30. Лабораторные тесты (клиническое использование) // Справочник врача.-К.: ТОВ «Доктор-Медиа».- 2008.-288 с.
31. Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных. С-Петербург.- 2004.-244с.
32. Матеріали 4-го конгресу неонатологів України «Актуальні питання неонатології» - К.- 2006.-208с.
33. Медицина дитинства. - К.: "Вища школа". - 2004.-456с.
34. Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Пер. с англ. под ред. Михайлова А.В..- С.-Пб.: Петрополис. -2003.-477с.
35. Наказ № 152 МОЗ України від 04.04.2005.-„Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною” -36с.
36. Наказ № 234 від 07.05.2007. Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах.- К.-36с.
37. Наказ № 255 МОЗ України від 27.04.2006.- 32с. Про затвердження клінічного Протоколу надання неонатологічної допомоги дітям «жовтяниця новонароджених».- К.- 42с.
38. Наказ № 312 МОЗ України від 08.06.2007.-Про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.- К.-54с.

39. Проект Наказу МОЗ України від 2013р. про затвердження клінічного Протоколу з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим.- К.
40. Наказ № 484 МОЗ України від 21.08.2008.-Про затвердження протоколу надання медичної допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами – К.-42с.
41. Наказ № 584 МОЗ України від 29.08.2006-Про затвердження протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні".-К. - 42с.
42. Наказ № 798 МОЗ України від 21.09.2010 Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу».-К -24 с.
43. Наказ № 676 МОЗ України від 31.12.2004 - „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги” – К. -24 с.
44. Неврология недоношенных детей /А.Д.Пальчик, Л.А.Федорова, А.Е.Понятишин.-М.: МЕДпресс-информ.- 2010.-352 с.
45. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения / А.Ю.Ратнер.-3 изд.-М.: БИНОМ. Лаборатория знаний.- 2006.-368 с.
46. Недоношенные новорожденные дети: учебное пособие /В.Н.Тимошенко - Ростов- на-Дону: Феникс; -Красноярск: Изд. проекты - 2007.-192 с.
47. Неонатологія за ред.Т.К.Знаменської (співавт. Шунько Є.Є., Пясецька Н.М., Лакша О.Т., Костюк О.О.)- Київ, 2012.- 1200с.
48. Неонатология / Под ред. Т. Л. Гомеллы, М. Д. Каннигам. - пер с англ. - М.: Медицина.- 2005. - 640 с.
49. Неонатология. Национальное руководство /Под ред. Володина Н.Н.- М.- 2007.-848 с.
50. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П. Шабалов-5-е изд., испр. и доп.- М.:МЕДпресс-информ.- 2009.-Том 1.-736с., Том 2.-768с.
51. Неонатологія. навч. посіб. / За ред. Мощича П.С., Суліми О.Г. - К.: Вища школа.- 2004. - 407 с.

52. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ.- 2002. с.5-9. -Модуль 18.
53. Основы Инфекционного контроля /Практическое руководство.- пер. с англ.-2 издание - М.:Альпина Паблишер.-2003.-478с.
54. Основы перинатологии /Под. ред. Н.П.Шабалова, Ю.В.Цвелева.- М.:Медпресс-информ.-2004.-640с.
55. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание // Мат. Учебного семинара.- Европейское региональное бюро ВОЗ-2002.- 173с.
56. Підручник з реанімації новонароджених / Американська Кардіологічна Асоціація, Американська Академія Педіатрії. / Під ред. Дж. Катвінкела – Львів:Галицька видавнича спілка - 2007. - 264с.
57. Пальчик А.Б., Шабалов Н. Н. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных.- С.-Пб.- 2005. – 222с.
58. Пальчик А.Б., Шабалов Н. Н. Токсические энцефалопатии новорожденных.- М.: Медпресс-информ.-2009. – 160с.
59. Патология новорожденных детей: учебн. Пособие / Р.А.Авдеева и др.-Ростов-на-Дону: Феникс; Красноярск: Изд. проекты.- 2007.-208 с.
60. Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів/ За ред. проф. О.В.Тяжкої /вид.3.-Вінниця: Нова книга.- 2009.-1136с.
61. Перинатальная неврология /Ю.И.Барашнев.-М.: Триада-Х.-2005.-672 с.
62. Перинатальные инфекции // Под ред. Сенчука А.Я., Дубоссарской З.М.- М.- 2005.- 318с.
63. Перинатологія: посібник для акушерів, неонатологів та сімейних лікарів.- Кіровоград.- ПОЛУМ.- 568с.
64. Петрушина А.Д. и соавт. Неотложные состояния у детей.- М.: Мед. книга. – 2004.- 186с.
65. Посібник з неонатології: пер. з англ./ Джон П.Клоерті, Ерік К. Ейхенвальд, Енн Р. Старк.- Шосте видання.- К.: Фонд допомоги і розвитку дітям Чорнобиля; Вид-во "Фенікс".- 2010.-856 с.

66. Последовательность выполнения основных манипуляций в неонатологической практике / Под ред. Царегородцева А.Д.-М.- 2004.-146с.
67. Практика гигиены рук / Г.И.Корчак, Н.С.Морозова.-К.: Ника-Центр.- 2010.- 112 с.
68. Стабілізація стану новонароджених Навчальний посібник в 2-х частинах за редакцією Вдовиченка Ю.П., Гойди Н.Г., Добрянського Д.О., Шунько Є.Є. // К., 2011.-Ч1-522с., Ч2-612с.
69. Практические навыки педиатра / Усов И.Н., Чичко М.В., Астахова Л.Н. – Минск. – «Вышэйшая школа». – 1990. – 400с.
70. Практическое руководство по неонатологии / Под ред. Г.В.Яцык.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство».- 2008.-344 с.
71. Практичний посібник з неонатології /За ред. С.Езутачана, Д.Добрянського: пер. з англ. – Львів.- 2002. – 344 с.
72. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом //Методические рекомендации. Под редакцией проф. Володина Н.Н. – М.- 1997.-68с.
73. Пясецкая Н.М. Клинический взгляд на проблему железодефицитной анемии в неонатологии и педиатрии //Лекция для врачей-практиков.- К.- 2004.-16с.
74. Пясецька Н. М./ Анемії новонароджених і дітей раннього віку.- К.- 2006.-88с.
75. Рациональное вскармливание недоношенных детей: методич. указ. /2-е изд., доп. и перераб.-М: Союз педиатров России.-72 с.
76. Респираторная поддержка у детей. Руководство для врачей / Гордеев В.И., Александрович Ю.С., Паршин Е.В.-СПб.:ЭЛБИ-СПб- 2009.-176 с.
77. Респираторный дистресс-синдром у новорожденных / Гребенников В.А., Миленин О.Б., Рюмина И.И. - М.-1994. – 137с.
78. Респираторный дистресс у новорожденных / Коллектив авторов: Баженов Д.В., Иванов С.Л., Мельне И.О., Пруткин М.Е., Стасенко В.Л., Шведов К.С. под редакцией Фомичева М.В. - Екатеринбург. - 2007. - 482с.
79. Руководство по педиатрии //Неонатология под. ред. Яцык Г.В., Самсыгиной Г.А.- М.-2006.-464с.

80. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: перевод с англ. / М.Энкин, М.Кейрс, Дж.Нейлсон, К.Краутер, Л.Дьюли, Э.Ходнет, Дж.Хофмейер. –С-Пб.: Петрополис.- 2003.– 480 с.
81. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. проф. А.Я.Сенчука.-2006.-368с.
82. Сестринский уход за новорожденным в амбулаторно-поликлинических условиях: уч. пособие / под ред. Д.И.Зелинской.-М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2010. - 176 с.
83. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. /Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – ГЭОТАР-Медиа.-2006.-448 с.
84. Складний діагноз у практиці педіатра і дитячого алерголога Охотнікова О.М., Шунько Є.Є., Мелліна К.В. Київ, 2012. – 176с.
85. СРАР як метод респіраторної терапії новонароджених.-Навч. ел. Посібник під ред. Добрянський Д.О., Моїсеєнко Р.О., Шунько Є.Є.- Укр.-швейцарський проект.- 2011р
86. Суліма О.Г., Добрянський Д.О., Пясецька Н.М. Діагностика, профілактика та лікування гострих легневих захворювань у новонароджених дітей: Навчально-методичний посібник для лікарів. – Львів: ТзОВ „Простір-М” 1999. – 88 с.
87. Сучасні принципи виходжування новонароджених з надзвичайно малою масою тіла. / О.С.Яблонь,Є.Є.Шунько Метод. реком.- К.- 2007.-24 с.
88. Токсические энцефалопатии новорожденных /А.Б.Пальчик, Н.П.Шабалов.- М.:МЕДпресс-информ.- 2009.-160 с.
89. Уход в педиатрии /П.Г.Кюль и др; пер. с нем. под ред. Н.Ю.Головановой.-М.: ГЭОТАР-медиа.-2009. – 768 с.
90. Уекслер Лінді Д., Тренті Паролі Е. Недоношені діти- посібник.-друге видання.- 2012.-466с.
91. Фомичев М.В. Респираторная терапия новорожденных: Практическое пособие. – СПб.: СпецЛит.- 2000. – 79 с.

92. Цинзерлинг А.В., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции, - С.-Пб., 2002. - 352 с.
93. Цыбулькин Э. К. Угрожающие состояния у детей. - С.-Пб.- 2004. -192 с.
94. Шабалов Н. П. Неонатология. - I, II ч.- С.-Пб.- 2005. - 512 с., 517с.
95. Шуньо Є.Є., Краснова Ю.Ю., Костюк О.О., Лакша О.Т. / Сучасні підходи до профілактики та лікування бактеріальних інфекцій у новонароджених // Метод. рекомендації.- К.- 2008.-32с.
96. Шуньо Є.Є., Тутченко Л.І., Костюк О.О., Марушко Т.Л. Сучасне ведення лактації та грудного вигодовування: Навчальний посібник.- К.- 2002.-152 с.
97. Шуньо Є.Є., Ханес Г. С., Лакша О.Т. Перинатальний сепсис.- К. -Рутенія.- 2001.- 64с.
98. Янковский Д.С. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления.- К. – Эксперт ЛТД. -2005. – 362с.
99. Яценко Ю.Б., Безруков Л.О. Синдром острого ушкодження легенів у новонароджених.- Чернівці: Медуніверситет.- 2008.-198 с.
100. ЯценкоЮ.Б., Коллюбакіна Л.В., Моїсеєнко Р.О. Неонатологія. Навчальний посібник. –Київ.- 2010.-198 с.
101. Andersson G.C. et al. early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Review. Cochrane library.- issue 1.- 2004.
102. Ballard JL, Khoury JC, Weding K et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119: 417-423.
103. Care of the Umbilical Cord: A Review of the Evidence. Geneva, WHO (document WHO/RHT/MSM/98.4)/ WHO (1999).
104. Managing Newborn Problems: A guide for doctors nurses and midwives. World Health Organization.- 2004.-C-51-52; -F-155;
105. Rabe H, Reynolds J, Diaz-Rossello J.Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. The Cochrane Database of Systematic Review.- 2005 Issue 2
106. Tan K.L. Blood pressure in very low birth weight infants in the first 70 days of life. J. Pediatr.988; 112:266-270.

107. Topical umbilical cord care at birth. Zupan J., Garner P. Cochrane review. Cochrane Library.- issue 4.- 2003.

### Список літератури для додаткової програми

#### «Протидія насильству в сім'ї»

1. Бойко М.І., Панченко Л.В. Проблеми формування сексуальної культури в сучасному українському суспільстві // Андрологія и сексуальна медицина. - № 1. – 2008. – 8-12 с.
2. Деморацкий В.А. Краткосрочные курсы психотерапии. – М.: Психотерапия, 2008. – 304 с.
3. Онишко Ю.В. Проблеми психіатричної допомоги жінкам – жертвам насильницьких дій // Архів психіатрії. - 2000. - №1-2(20-21). - С.7-9.
4. Рущенко І.П. Соціологія злочинності. - Харків, Видавництво Національного університету внутрішніх справ. - 2001.
5. Вагин И.О. Психология зла. Практика решения конфликтов. - СПб.: Питер, -2009. (Серия "Сам себе психолог")
6. Мамонтов С.Ю. Искусство быть эгоистом. - СПб.: Питер, - 2001. (Серия "Сам себе психолог")
7. Самоукина Н.В. Экстремальная психология. - М.: Ассоциация авторов издателей "Тандем". Изд-во ЭКМОС - 2000.
8. Слабинский В.Ю. Семейная позитивная динамическая психотерапия. – СПб.: «Наука и техника», 2009. – 464 с.
9. Смит М. Тренинг уверенности в себе: Пер. с англ. - СПб.: ООО "Речь", - 2001.
10. Христенко В.Е. Психология жертвы. - Харьков: Консум. - 2001.

#### Накази МОЗ України

- Наказ МОЗ України № 16 від 21.01.2002 р. «Про внесення змін і доповнень до Переліку захворювань, які дають право на усиновлення

хворих дітей без дотримання строків їх перебування на обліку в Центрі з усиновлення дітей при Міністерстві освіти і науки України»

- Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 "Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні".
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча урологія»// Наказ МОЗ України №624 від 29.12.2003
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
- Методичні рекомендації щодо лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
- Наказ МОЗ України №641/84 від 31.12.2003. «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»
- Протоколи лікування дітей з гострими отруєннями // Наказ МОЗ України №325 від 30.06.2004
- Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей // Наказ МОЗ України № 354 від 09.07.2004
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча імунологія» // Наказ МОЗ України № 355 від 09.07.2004
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча нефрологія» // Наказ МОЗ України №436 від 31.08.2004.
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Неонатологія» // Наказ МОЗ України № 9 від 10.01.2005
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» // Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005
- Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною // Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005

- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча кардіоревматологія» // Наказ МОЗ України №362 від 19.07.2005.
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія» // Наказ МОЗ України № 364 від 20.07.2005
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча алергологія» //Наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005.
- Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обсягу медичних імунобіологічних препаратів//Наказ МОЗ України №48 від 03.02.2006.
- Наказ № 69 МОЗ України від 15.02.2006 «Про внесення змін і доповнень до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.98 № 123 "Про затвердження Типового положення про будинок дитини»
- Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей. // Наказ МОЗ України №254 від 27.04.2006р
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія» // Наказ МОЗ України №254 від 27.04.2006р.
- Протоколи надання неонатологічної допомоги дітям з жовтяницями новонароджених//Наказ МОЗ України №255 від 27.04.2006.
- Наказ МОЗ України №540 від 04.08.2006 «Про затвердження принципів грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»
- Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні // Наказ МОЗ України №584 від 29.08.2006.
- Наказ № 597 МОЗ України від 06.09.2006 «Про затвердження методичних рекомендацій "Діагностика позалегеневого туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД»
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків // Наказ № 658 МОЗ України від 04.10.2006

- Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з перинатальною інфекцією // Наказ МОЗ України № 906 від 27.12.2006
- Наказ № 234 від 07.05.2007. «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».
- Клінічний протокол з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим // Наказ № 312 МОЗ України від 08.06.2007.
- Клінічний протокол «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» // Наказ № 716 від 14.11.2007
- Наказ МОЗ України №803 від 10.12.2007 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 №354".
- Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років // Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008
- Наказ МОЗ України №479 від 20.08.2008 «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем»
- Протокол надання медичної допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами // Наказ МОЗ України № 484 від 21.08.2008
- Протокол лікування дітей з інфекціями сечової системи і туболоінтерстиціальним нефритом // Наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008
- Протоколи лікування дітей з ендокринними захворюваннями // Наказ МОЗ України № 55 від 03.02.2009
- Клінічний протокол з діагностики та лікування краснухи у дітей // Наказ МОЗ України № 382 від 02.06.2009
- Наказ МОЗ України № 657 від 02.09.2009 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»
- Клінічний протокол діагностики та лікування у дітей пандемічного грипу, спричиненого вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія) // Наказ МОЗ України № 814 від 07.11.2009

- Наказ МОЗ України № 289 від 01.04.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04.04.2005 №152»
- Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей // Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010
- Наказ МОЗ №617 від 23.07.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.07.2005 № 364 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія»