

ЗАДАЧА 1

Мальчик М., 6 дней жизни. От I нормально протекающей беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. За время наблюдения состояние оставалось стабильным. Масса тела на 4-е сутки составила 3000 г.

При осмотре на 6-й день состояние ребёнка удовлетворительное. На грудном вскармливании. Активен. Масса тела 3060 г. Рефлексы периода новорождённости вызываются. Физиологический гипертонус. Кожные покровы розовые, на крыльях носа имеются мелкие беловато-желтоватые узелки. На коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2-х см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость. Пупочная ранка чистая. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий. Печень + 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится адекватно. Стул жёлтый с неперевааренными комочками и прожилками слизи.

Клинический анализ крови: Нв - 180 г/л, эритроц. - $5,0 \times 10^{12}$ /л, Цв. п - 1,10; лейкоц. $8,7 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 35%, э. - 3%, л. - 49%, м. - 9%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция – кислая; относительная плотность – 1004; белок – отсутствует; эпителий плоский – много; лейкоциты - 2-3 в п/зр.; эритроциты - 2-4 в п/зр.; цилиндры – нет; соли - кристаллы мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л; билирубин общий – 54 мкмоль/л, непрямой - 51 мкмоль/л, прямой – 3 мкмоль/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий - 5,1 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; кальций общий - 2,2 ммоль/л; фосфор - 1,9 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?
3. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
4. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?
5. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

ЗАДАЧА 1

Диагноз: Период ранней неонатальной адаптации. Пограничные состояния: физиологическая потеря массы тела, физиологическое шелушение, милии, половой криз, транзиторный катар кишечника, мочекислый диатез.

ЗАДАЧА 2

Мальчик М., 5-ти дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу. К груди приложен в родильном зале. На 2-е сутки появилась субиктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-ый день жизни состояние удовлетворительное. На грудном вскармливании. Крик громкий. Физиологические рефлексы вызываются. Мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы чистые, иктеричные до II степени. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Диурез адекватный. Стул желтого цвета.

Группа крови матери: A(II) Rh-положительная

Группа крови ребенка: O(I) Rh-положительная

Клинический анализ крови (4-ый день жизни): Hb - 186 г/л, эритроц. - $5,2 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,18, лейкоц - $11,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с/я - 38%, э - 3%, л - 40%, м - 14%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция - кислая; относительная плотность - 1006; белок - отсутствует; эпителий плоский - немного; лейкоциты - 2-3 в п/зр; эритроциты - нет; цилиндры - нет.

Биохимический анализ крови (4-ый день жизни): общий белок - 52,4 г/л; билирубин общий - 144 мкмоль/л, непрямой - 140 мкмоль/л; АЛТ - 25 Ед/л, АСТ - 18 Ед/л; мочевины - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий - 5,1 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.
3. Каков генез желтухи в данном случае и требует ли она лечения?
4. Назовите критерии физиологической желтухи.
5. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.
6. Изложите ваши рекомендации по вскармливанию и дальнейшему наблюдению за ребёнком.

ЗАДАЧА 2

Диагноз: Период ранней неонатальной адаптации. Физиологическая желтуха.

ЗАДАЧА 3

Ребенок М., первого часа жизни находится в родильном доме. Из анамнеза известно: группа крови матери A(II), Rh-отрицательная. I-ая беременность закончилась медицинским абортom. Настоящая беременность II-ая, протекала с ОРВИ во 2-ом триместре. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения отмечается желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

Состояние средней тяжести. Крик громкий. Рефлексы новорожденных вызываются после длительной рефрактерной паузы. Мышечный тонус умеренно снижен. Кожные покровы иктеричные до II степени. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень + 3,0 см ниже края рёберной дуги. Селезенка до + 1,5 см ниже края рёберной дуги. Однократно помочился. Стула не было.

Билирубин пуповинной крови: составил 90 мкмоль/л.

В периферической крови: Hb - 120 г/л (определен по cito).

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании у ребёнка можно думать?
2. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.
3. Каков патогенез настоящего заболевания?
4. Оцените результаты лабораторных исследований.
5. Назначьте и обоснуйте план обследования и лечения.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения этого ребёнка.

ЗАДАЧА 3

Диагноз: **основной** - ГБН по резус-изоиммунизации, желтушная форма, тяжелое течение.

Осложнения - Преходящее метаболическое поражение ЦНС, стадия билирубиновой интоксикации.

ЗАДАЧА 4

Мальчик А., 4-х дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

I-ая беременность закончилась медицинским абортom. Настоящая беременность II-ая. Роды самостоятельные, срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 6 часов появилась субиктеричность кожных покровов. На 2-е сутки желтуха усилилась.

При поступлении на второй этап выхаживания состояние ребёнка средней тяжести. Крик громкий. Рефлексы новорожденных вызываются после рефрактерной паузы. Мышечный тонус умеренно снижен. Отмечается иктеричность кожных покровов до II – III степени. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +3 см, селезенка +1 см ниже края реберной дуги. Мочится адекватно. Стул переходный.

Клинический анализ крови: Hb - 141 г/л, Эритроц. - $3,9 \times 10^{12}$ /л, Цв.п. - 1,0; лейкоц. - $9,4 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови (на 2-ой день жизни): общий белок - 54,4 г/л, билирубин общий – 214 мкмоль/л, непрямой - 210 мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой диагноз вы поставите данному ребёнку?
2. Изложите патогенез выявленных клинических симптомов.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
4. Обоснуйте и назначьте план обследования и лечение.
5. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?
6. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 4

Диагноз:

основной – 1. ГБН по АВО-системе, желтушная форма, средней степени тяжести.

2. **(конкурирующий)** - Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Синдром церебрального угнетения.

ЗАДАЧА 5

Девочка В., 9 суток жизни, находится в отделении второго этапа выхаживания.

Из анамнеза: у матери группа крови 0(I), Rh-отрицательная. I-ая беременность закончилась рождением здорового ребёнка, который имеет 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность II-ая. Роды на 39 неделе гестации. Состояние девочки при рождении удовлетворительное. Закричала сразу, крик громкий. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Кожные покровы розовые, чистые. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см, окружность головы 35 см, окружность груди 34 см. В возрасте 12 часов жизни появилась субиктеричность кожных покровов, которая в динамике прогрессировала. Проводилась фототерапия. Состояние ребенка было удовлетворительным.

При осмотре на 9-е сутки жизни: кожные покровы иктеричные с зеленоватым оттенком. Склеры жёлтые. Физиологические рефлексы новорожденных удовлетворительные. Мышечная дистония. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 3,5 см по среднеключичной линии; селезенка - на 1,5 см. Диурез адекватный. Моча имеет интенсивную окраску. Стул переходный.

Группа крови ребенка: A(II) Rh-отрицательная.

Клинический анализ крови (на 9 сутки жизни): Hb - 125 г/л, эр. – $4,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 6%, Цв. п. – 1,1; лейкоц. – $10,0 \times 10^9$ /л, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 36%, м – 8%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови (на 9 сутки жизни): общий белок – 54,8 г/л, билирубин непрямой – 298 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л; мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерин – 7,0 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л, натрий – 138 ммоль/л, кальций⁺⁺ – 1,2 ммоль/л, АсАТ – 65 Ед/л, АлАТ – 71 Ед/л, ЩФ – 350 Ед/л (N=70-140 Ед/л), ГГТ - 380 Ед/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой клинический диагноз вы поставите?
2. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденных.
3. Объясните патогенез данного заболевания и развившихся осложнений.
4. Оцените результаты клинических исследований ребёнка.
5. Определите дальнейший план обследования и лечения новорождённого.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения ребенка.

ЗАДАЧА 5

Диагноз:

основной - ГБН по АВО-изоиммунизации, желтушная форма.

осложнения - Синдромом сгущения желчи.

ЗАДАЧА 6

Мальчик Д., 2-х дней жизни, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18-ти лет. Беременность I, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина находилась на стационарном лечении. Роды самостоятельные, срочные. Масса тела при рождении 2900 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении средне тяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен в родильном зале.

В 1-й день жизни отмечалась однократная рвота с темными прожилками крови, мелена. Ребенку был введен внутримышечно викасол 1% – 0,3 мл, внутрь назначена эписилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в отделение патологии новорожденных.

Состояние ребёнка при поступлении средней тяжести. Рефлексы периода новорождённости вялые. Мышечный тонус снижен. При беспокойстве мелкокоразмашистый тремор рук. Отмечается лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Определяется кефалогематома 2,5 на 3,5 см. Кожные покровы иктеричные до V степени. В легких дыхание проводится равномерно во все отделы лёгких, ослабленное везикулярное. Тоны сердца ритмичные, звучные, систолический шум на сосудах. Живот доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Стул - темный.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроц. - $4,4 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 0,95, тромбоц. - $310,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $9,9 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с/я - 51%, л. - 38%, м. - 8%, СОЭ - 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке – 2 минуты.

Время свертывания по Бюркеру: начало – 3,5 минуты, конец – 7,5 минут.

Коагулограмма:

АЧТВ	90" (норма – 40-60")
протромбиновое время по Квику	16" (норма – 12-15")
тромбиновое время	30" (норма – 28-32")
протромбиновый комплекс	25% (норма 48-55%)

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 268 мкмоль/л, прямой – 8 мкмоль/л; мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 42 Ед/л.

Нейросонограмма: Признаки морфо-функциональной незрелости. Эхогенность подкорковых ганглиев повышена. Боковые желудочки 7 мм, гиперэхогенные включения. Повышена эхогенность перивентрикулярных зон. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма до 10 мм).

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Определите основные звенья патогенеза этого заболевания?
3. Оцените результаты лабораторных и инструментальных исследований.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
5. Назначьте план дополнительного обследования и лечение.
6. Изложите тактику амбулаторного наблюдения новорождённого.

ЗАДАЧА 6

Диагноз:

основной - Геморрагическая болезнь новорожденного, ранняя форма.

осложнения - Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС: ВЖК 2-3 ст. Синдром церебрального угнетения. Желудочно-кишечное кровотечение. Кефалогематома теменной области.

сопутствующие - Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (Ассиметричный ЗВУР по гипотрофическому типу). Неонатальная желтуха.

ЗАДАЧА 7

Мальчик Б. поступил в стационар в возрасте 5 дней.

Из анамнеза известно: ребенок у женщины 23-х лет от I беременности, протекавшей с гестозом. Роды своевременные. Проводилась родостимуляция окситоцином в связи со слабостью родовой деятельности. Первый период родов - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов. В родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4150 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения диагностирована повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, асимметрия мышечного тонуса. Объем активных движений в левой руке снижен. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Большой родничок 2,0x2,0 см, на уровне костей черепа. Рефлексы спинально-орального автоматизма вызываются частично (ладонно-ротовой слева не вызывается; хватательный рефлекс и рефлекс Моро слева вялые). Мышечный тонус в левой руке снижен. Рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается.

Кожные покровы иктеричные с мраморным рисунком. Пупочная ранка под корочкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберного края на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Мочится адекватно. Стул желтый, кашицеобразный.

Клинический анализ крови: Нв - 178 г/л, эр. - $5,1 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,1, лейкоциты - $8,2 \times 10^9$ /л, п/я - 6%, с/я - 56%, э - 1%, б - 1%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямоy - 198 мкмоль/л, прямоy – 7 мкмоль/л, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,05 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Определите план обследования пациента для уточнения диагноза?

4. Назначьте соответствующее лечение.
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?
6. Изложите тактику амбулаторного наблюдения за данным новорождённым.

ЗАДАЧА 7

Диагноз:

основной - Родовая травма периферической нервной системы.

Травматическое повреждение левого плечевого сплетения.

Проксимальный тип Дюшена-Эрбе (C₅-C₆).

сопутствующий - Физиологическая желтуха.

ЗАДАЧА 8

Ребенок М., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.

Из анамнеза известно, что ребенок от I-ой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-ом триместре, гнойным гайморитом в 3-ем триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу после рождения, сосал активно. Пуповинный остаток отпал на 5-е сутки жизни, пупочная ранка чистая, сухая. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 4-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 6-й день при патронаже педиатра выявлены участки гиперемии и везикулы в области углов губ и на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние средней тяжести. Вялый. Сосет неохотно, периодически срыгивает. Температура тела-37,4-37,6°C. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка чистая. Видимые слизистые оболочки розовые, чистые. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберного края на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Мочится самостоятельно. Стул желтый, кашицеобразный.

Клинический анализ крови: Hb - 180 г/л, эр. - $5,5 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 0,98, тромб. – $270,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $17,2 \times 10^9$ /л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, э - 1%, л - 24%, м - 2%, СОЭ – 9мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин непрямой – 51 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций общий – 2,2 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л, СРБ 24 мг/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите и почему?

2. Опишите анатомо-физиологические особенности кожи новорожденного ребенка.
3. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.
6. Определите тактику участкового педиатра на амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 8

Диагноз: Пузырчатка новорожденных, доброкачественная.

ЗАДАЧА 9

Ребенок С., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: гнойный омфалит, церебральная ишемия II степени, недоношенность 36 недель.

Из анамнеза: ребенок от IV беременности, протекавшей с нефропатией в 3-ем триместре, кольпитом. I-ая беременность закончилась срочными родами, II и III – самопроизвольными выкидышами. Данные роды II, преждевременные на 36 неделе гестации путем операции кесарева сечения (в связи с первичной слабостью родовой деятельности). Безводный промежуток составил 13 часов. Масса тела при рождении 2600 г, длина тела 47 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-ый день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 250 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, пупочная ранка мокла; на 7-й день появилось гнойное отделяемое. Для дальнейшего лечения ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжёлое. Крик пронзительный. Двигательная активность снижена. Не сосет. Термолабилен. Температура тела 35,9°C. ЧД- 64 в 1 мин. ЧСС-176 в 1 мин.. Голову запрокидывает. Ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен, пульсирует. Периодически апноэ. Во время осмотра - клонические судороги. Арефлексия. Мышечная гипотония.

Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой развит слабо. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы; из ранки – скудное гнойное отделяемое. Склерема на бёдрах, ягодицах и передней брюшной стенке.

Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно дыхание ослабленное, крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум во 2-3 точках аускультации, проводящийся на спину. Живот умеренно вздут. Печень +3 см из-под рёберной дуги, плотная. Селезенка +1 см из-под рёберной дуги, плотно-эластической консистенции. Диурез снижен – 0,8 мл/кг/час. Стул с большим количеством непереваренных комочков и примесью слизи.

Клинический анализ крови: Hb - 128 г/л, эр. - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,0, тромб. – $120,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $4,7 \times 10^9$ /л, миелоциты – 2%, метамиелоциты – 6%, п/я - 10%, с/я - 12%, л - 60%, м – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок – 4,1г/л, цитоз – 5960 в 3 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты – 18%.

Биохимический анализ крови: CRP – 26,4 мг/л

Уровень прокальцитонина в сыворотке: 12,8 нг/мл.(N≤0,5 нг/мл)

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Какие особенности течения имеет данное заболевание у недоношенных детей и чем они проявляются у этого ребенка?
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Назовите показания к спинномозговой пункции у новорожденных.
5. Назовите группы признаков системной воспалительной реакции.
6. Определите тактику диспансерного наблюдения за ребенком после выздоровления.

ЗАДАЧА 9

Диагноз:

основной - Поздний неонатальный пупочный сепсис, предположительно грамотрицательной этиологии, септикопиемия: гнойный менингит, пневмония.

осложнения – Анемия средней степени тяжести смешанного генеза.

сопутствующий - Недоношенность, гестационный возраст 36-37 недель.

Открытый артериальный проток.(ОАП)

ЗАДАЧА 10

Девочка П., родилась от женщины 35 лет, страдающей ожирением 2-й степени. Беременность II, протекавшая с анемией и преэклампсией в 3-ем триместре. От 2-х родов на 42 неделе гестации. Отмечалась вторичная слабость родовой деятельности, проводилась стимуляция окситоцином. 1-ый период родов – 15 часов, 2-й – 45 минут, безводный промежуток – 12 часов, околоплодные воды мекониальные. Плацента со множественными петрификатами. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар 1-3 балла. Проводилась первичная реанимация: интубация в род. зале, аспирация мекония из трахеи, ИВЛ мешком Амбу.

После проведенной первичной реанимации состояние ребенка тяжелое. Стонет. Крик слабый. Кислородозависим. ЧД-80 в 1 мин. ЧСС-168 в 1 мин. Термолабилен. Гипорефлексия. Мышечная гипотония. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Дыхание с втяжением податливых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно: справа под лопаткой укорочение легочного звука, слева – звук с коробочным оттенком. Аускультативно: справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются средне- и мелкопузырчатые хрипы; слева дыхание проводится, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, Живот умеренно вздут, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2 см. Селезенка не пальпируется. Не мочился. Стула не было.

Кислотно-основное состояние капиллярной крови: pO_2 – 42 ммрт.ст., pCO_2 – 78 мм.рт.ст., pH – 7,18, BE = -18 ммоль/л, AB – 8 ммоль/л, SB – 9 ммоль/л, VB – 19 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Каков патогенез этого заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие изменения лабораторных и инструментальных показателей вам помогут в диагностике данного заболевания?
5. Какими должны быть лечебные мероприятия по окончании первичной реанимации?
6. Изложите особенности диспансерного наблюдения

ЗАДАЧА 10

Диагноз:

основной – Асфиксия при рождении тяжелой степени

осложнения - Синдром аспирации мекония. ДН III степени

сопутствующий - Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР по гипотрофическому типу I степени).

ЗАДАЧА 11

Мальчик А. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 22 часов жизни.

Из анамнеза известно: ребенок от матери 22 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Данная беременность II, протекала с обострением пиелонефрита в 3-ем триместре. Роды срочные: 1-й период - 15 часов, 2-й - 35 минут; безводный промежуток – 9 часов. Околоплодные воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

В связи с нарастанием симптомов интоксикации, дыхательной недостаточности, для дальнейшего лечения ребенок переведен в отделение 2 этапа выхаживания.

Состояние ребёнка при поступлении тяжелое. Крик слабый. Сосет вяло. Термолабилен. ЧД-78 в 1 мин. ЧСС-170 в 1 мин. Эпизоды апноэ. Двигательная активность снижена. Физиологические рефлексы новорожденных вялые. Мышечная гипотония. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Периоральный цианоз. При дыхании отмечается втяжение податливых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими определяется притупление коробочного звука паравертебрально и в заднее-нижних отделах. Аускультативно - дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,0 см. Селезенка не пальпируется. Мочится самостоятельно. Стул мекониального характера.

Клинический анализ крови: Hb-156 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 0,98, тромб. - $208,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. - $28,1 \times 10^9$ /л, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 4%, п/я -13%, с -50%, э -5%, л -11%, м -15%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 39 мм.рт.ст., pCO_2 - 70 мм.рт.ст., pH - 7,21, BE = -14 ммоль/л, АВ - 9 ммоль/л, SB – 8 ммоль/л, BB - 19 ммоль/л. SaO₂=72%.

НСГ – признаки морфо-функциональной незрелости.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Какие факторы являются ведущими в патогенезе дыхательной недостаточности?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Какие дополнительные обследования необходимо назначить?
5. Составьте план лечения.

6. Изложите особенности диспансерного наблюдения ребёнка.

ЗАДАЧА 11

Диагноз:

основной - Внутриутробная двусторонняя пневмония неуточнённой этиологии

осложнения - ДН III степени

сопутствующий - Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Синдром церебрального угнетения. Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР по гипотрофическому типу I степени).

ЗАДАЧА 12

Ребенок К., 12 дней жизни, от I нормально протекавшей беременности, 1-ых своевременных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Выписан из родильного дома на 5-ые сутки жизни. Дома был контакт с больным ОРВИ.

В возрасте 10 дней у ребенка появилось затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носовых ходов, подъем температуры тела до 37,4°C. Участковым педиатром был поставлен диагноз ОРВИ; назначены сосудосуживающие капли в нос. Через 2 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры тела до 38°C, стал беспокойным, отказывался от груди, начал срыгивать, появилась одышка с втяжением податливых мест грудной клетки, кашель. Ребенок госпитализирован.

При поступлении состояние ребёнка тяжёлое. Температура тела-38,5°C. ЧД-76 в 1 мин. ЧСС-170 в 1 мин. Беспокоен. Рефлексы периода новорожденности снижены. Мышечная гипотония. Выражена бледность кожных покровов. Периоральный цианоз. Акроцианоз. Носовое дыхание затруднено. Задняя стенка глотки гиперемирована. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Грудная клетка вздута. Перкуторно: в области угла лопатки справа отмечается укорочение перкуторного звука; в остальных отделах звук с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое; в области укорочения перкуторного звука – ослабленное, там же на высоте вдоха периодически выслушиваются крепитирующие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правой парастернальной линии, левая – на 1,5см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя – второе ребро. Тоны сердца несколько приглушены. Живот несколько вздут. Печень + 3,0 см ниже края рёберной дуги. Селезенка не пальпируется. Однократно помочился. Стул – жёлтый, с неперевавленными комочками.

Общий анализ крови: Hb-168 г/л, эр. $-5,0 \times 10^{12}/л$, Цв.п. - 1,0, тромб.- $268,0 \times 10^9/л$, лейкоц. - $21,4 \times 10^9/л$, п/я -10%, с -61%, э-1%, л -19%, м -9%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 59 мм.рт.ст., pCO_2 - 72 мм.рт.ст., pH - 7,3, BE = -8 ммоль/л, AB - 14 ммоль/л, SB – 12ммоль/л, BB - 29 ммоль/л. SaO₂ =89%

Рентгенограмма органов грудной клетки: латеральные отделы легких повышенной прозрачности. На уровне III межреберья справа (по передним отделам легких) определяется участок затемнения легочной ткани

инфильтративного характера. Элементы корней на фоне сердечной тени не дифференцируются. Синусы свободны. Срединная тень без особенностей.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой клинический диагноз Вы поставите?
2. Назовите основные звенья патогенеза данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Проведите интерпретацию данных лабораторного и инструментального обследования.
5. Назначьте план лечения.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения ребёнка.

ЗАДАЧА 12

Диагноз:

основной - Поздняя неонатальная пневмония смешанной вирусно-бактериальной этиологии.

осложнения - ДН II степени.

ЗАДАЧА 13

Девочка 14 дней, находится в стационаре.

Из анамнеза: родилась от женщины 27-ми лет, работающей на мясокомбинате. Беременность I, протекавшая с токсикозом в 1-ом и преэклампсией в 3-ем триместре беременности. В 3-ем триместре беременности отмечалось периодическое повышение температуры, по поводу которого беременная не обследовалась и не лечилась.

Роды самопроизвольные на 36 неделе гестации. Преждевременное излитие околоплодных вод; 1-й период – 10 часов, 2-й период – 45 минут, безводный промежуток – 13 часов. Околоплодные воды с зеленоватым оттенком. Оценка по шкале Апгар 4 – 6 баллов. Масса при рождении 1950 г, длина 44 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 29 см. Состояние при рождении средне тяжелое за счет синдрома угнетения ЦНС. На 4-е сутки в связи с появлением клонико-тонических судорог ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Масса-1900 г. Температура тела-37,2°C. ЧД-44 в 1 минуту. ЧСС-140 в 1 минуту. Часто срыгивает. Голову запрокидывает. Симптом Грефе и горизонтальный нистагм. Гиперестезия.

Голова с нависающей лобной и затылочной частью. Окружность головы-36,5 см. Швы открыты. Большой родничок 4,0x4,0 см, «выполнен». Рефлексы периода новорожденности угнетены. Преобладание тонуса мышц разгибателей.

Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, сухие. Подкожно-жировая клетчатка истончена. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные; систолический шум в 1 и 5 точках аускультации. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка на 1 см. Мочится самостоятельно. Стул желтый, с непереваренными комочками и слизью.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная; белок – 3,1 г/л; цитоз – 320 в 3 мкл: нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 85%.

РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:640, у матери 1:200.

НСГ: рисунок борозд и извилин визуализируется не четко. Боковые желудочки расширены, глубина передних рогов: слева – 12 мм, справа – 14 мм, контуры их подчеркнуты, третий желудочек – 5мм. В перивентрикулярных зонах визуализируются единичные включения диаметром менее 1 мм, костной плотности. Субарахноидальное пространство расширено до 3 мм. Межполушарная щель 4 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Назовите основные патогенетические звенья при данном заболевании.
3. Проведите интерпретацию данных лабораторных и инструментальных методов обследования.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Какие основные принципы лечения данного заболевания?
6. Изложите план амбулаторного наблюдения новорождённого.

ЗАДАЧА 13

Диагноз:

основной - Врожденный токсоплазмоз: менингоэнцефалит.

осложнения - Судорожный синдром. Гидроцефальный синдром.

сопутствующий - Недоношенность 36 недель. Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (симметричный ЗВУР по гипопластическому типу II степени). Открытое овальное окно (ООО).

ЗАДАЧА 14

Ребенок 1-х суток жизни находится в роддоме.

Из анамнеза: девочка от женщины 25 лет. Беременность II, протекавшая с токсикозом в I триместре; трёхдневным эпизодом мелкоточечной сыпи и слабости на 10 неделе гестации (документирована эпидемия краснухи в детском саду в этот период); угрозой прерывания беременности во 2-м – 3-ем триместрах. I беременность – срочные роды (ребенок 5 лет, посещает детский сад, здоров).

Роды II на 34 неделе гестации, самопроизвольные. Масса при рождении 1850 г, длина 41 см, окружность головы 28 см, окружность груди - 30 см. Оценка по шкале Апгар 4 /7 баллов.

При осмотре состояние ребёнка тяжелое. Температура тела-36,6°C. ЧД-52 в 1 мин., ЧСС-156 в 1 мин.. Множественные стигмы дизэмбриогенеза. Отчетливая микрофтальмия. Веки сомкнуты. Рефлексы периода новорожденности вызываются, но быстро истощаются. Мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, с элементами петехиальной сыпи на лице. Акроцианоз. Аускультативно дыхание в легких проводится во все отделы, ослабленное везикулярное. Границы сердца перкуторно: справа - на 1,0 см латеральнее правого края грудины, слева – на 1,5 см латеральнее среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Над областью сердца прослушивается грубый систоло-диастолический шум, с р. maximum в точке Боткина-Эрба. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 1 см. Мочеиспускание – не нарушено. Стул - меконий.

Клинический анализ крови: Hb - 165 г/л, эр. – $4,6 \times 10^{12}/л$, Цв. п. – 1,0, тромб. – $100,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$, п/я – 6%, с/я – 49%, э – 1%, л – 32%, м – 12%, СОЭ – 4 мм/час.

НСГ: повышение эхогенности перивентрикулярных областей.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Изложите патогенез заболевания.
3. Назовите дополнительные лабораторные и инструментальные исследования необходимые для верификации диагноза?
4. Какие изменения могут быть выявлены окулистом при офтальмоскопии при данном заболевании?
5. Какие основные принципы лечения данного заболевания?

6. Определите группу здоровья и план профилактических прививок после выписки данного ребенка

ЗАДАЧА 14

Диагноз:

основной - Врожденная краснуха (множественные пороки развития: ВПС (ДМЖП?); микрофтальмия);

сопутствующий - Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Синдром церебрального угнетения. Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР III степени по гипотрофическому типу).

ЗАДАЧА 15

Мальчик В., 3 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность II (I-медицинский аборт без осложнений), протекала с угрозой прерывания во 2-ом и 3-ем триместрах. При обследовании во время беременности анализы на ВИЧ, гепатит В и С, реакция Вассермана были отрицательными. Роды 1-ые на 36-й неделе гестации, в головном предлежании: 1-й период – 3 часа, 2-й – 20 минут, безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды мутные с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 1500 г, длина – 43 см, окружность головы – 30 см, грудной клетки – 27 см.

Состояние при рождении тяжелое. ЧД-46 в 1 мин. ЧСС-154 в 1 мин. Поза «лягушки». Термолабилен. Ребёнок беспокоен. Рефлексы периода новорожденности снижены. Мышечная гипотония. Кожные покровы бледные, сухие. Подкожно-жировая клетчатка истончена. На туловище, конечностях, ладонях на инфильтрированном основании имеются вялые пузыри диаметром до 1 см. Лануго. Низкое расположение пупочного кольца. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные; во 2 и 3 точках выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на спину. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка – на 1 см, плотно-эластической консистенции. Мочится самостоятельно. Стул – меконий.

На 2-й день жизни отмечалось выпадение волос; слизистое отделяемое из носовых ходов и затруднение носового дыхания.

Кровь матери: реакция Вассермана ++++.

Клинический анализ крови: Нв – 110 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$, Цв. п. – 1,0, тромб.– $180,0 \times 10^9/л$, лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$, миелоциты – 7%, метамиелоциты – 2%, п/я – 8% , с – 38%, л – 29% , м– 16%, СОЭ – 3 мм/час. Выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихроматофилия.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Какова тактика неонатолога родильного дома?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
5. Составьте план лечения.
6. Изложите план амбулаторного наблюдения ребёнка.

ЗАДАЧА 15

Диагноз:

основной - Ранний врожденный сифилис, манифестный (сифилитический ринит, сифилитическая пузырьчатка);

осложнения - Анемия средне-тяжелая;

сопутствующий - Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (симметричный ЗВУР III степени). Недоношенность, гестационный возраст 36 недель. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Синдром церебрального угнетения. Открытое овальное окно (ООО). Открытый артериальный проток (ОАП).

ЗАДАЧА 16

Ребенок М., 6 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза: ребенок от матери 22 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность I, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды своевременные, на 38 неделе в головном предлежании, безводный промежуток –11 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 34 см.

В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор верхних конечностей. Сагиттальный шов 0,7 см, большой родничок 3,0х3,0 см, малый – 0,3х0,3 см.

На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию. На 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 6-й день жизни состояние ухудшилось до тяжелого. Отмечался подъем температуры до 38,3°C. Крик раздраженный. Гиперестезия. Клонико-тонические судороги. На туловище, конечностях, слизистой полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрывкой и прозрачным содержимым.

Клинический анализ крови (6-й день жизни): Hb - 172 г/л, эр. – $4,6 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,1, тромб. – $160,0 \times 10^9$ /л, лейкоц. – $6,5,0 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 30%, л - 54%, э. 0%, м - 15%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, билирубин общий – 310 мкмоль/л, непрямой - 298 мкмоль/л, прямой – 12 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ 62 Ед/л, АСТ 84 Ед/л.

Исследование спинномозговой жидкости (6-й день жизни): прозрачность - мутная, белок – 2,1 г/л, цитоз - 350 в 3 мкл: нейтрофилы - 25%, лимфоциты - 75%.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить?
2. Оцените представленные лабораторные показатели.
3. Перечислите дополнительные обследования для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Какова лечебная тактика в этом случае?
6. Какова тактика диспансерного наблюдения такого ребенка после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 16

Диагноз:

основной - Врожденная герпетическая инфекция, смешанная форма (центральная и кожная). Герпетический менингоэнцефалит.

сопутствующий - Неонатальная желтуха. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС.

ЗАДАЧА 17

Мальчик М., 3-х дней жизни, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во 2-ой половине беременности, не лечилась. Роды срочные, на 40 неделе с длительным безводным промежутком – 18 часов. Закричал после аспирации слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался в связи с выраженными симптомами угнетения ЦНС. Проводилась оксигенотерапия.

С 1-ых суток была вялость, сосал медленно, периодически срыгивал. Наблюдался мелкокороткомахистый тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония.

На 3-ий день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, симптомы возбуждения, срыгивание фонтаном. Ребёнок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела -39,0°C. ЧД-50 в 1 мин. ЧСС-160 в 1 мин. Крик раздраженный, монотонный. Гиперестезия. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, единичные высыпания по типу «просяного зерна». Большой родничок 3х3 см, «выполнен». Мышечный тонус повышен. В легких дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см. Селезенка – у реберного края. Мочится самостоятельно. Стул переходный.

Исследование спинномозговой жидкости: белок –2,3г/л, реакция Панди - +++, цитоз - 1100 в 3 мкл: нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 30%.

Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии.

ЗАДАНИЕ:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать?
2. Каков путь инфицирования можно предположить?
3. Оцените результаты исследования ликвора в связи с особенностями гематоэнцефалического барьера у новорожденных.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какова тактика лечения данного больного?
6. Изложите план амбулаторного наблюдения.

ЗАДАЧА 17

Диагноз:

основной – Врожденный листериоз. Гнойный менингит листериозной этиологии.

сопутствующий - Ребенок, маленький к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР по гипотрофическому типу I степени).

ЗАДАЧА 18

Девочка Р., 3-х дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома.

Из анамнеза: ребенок от матери 34 лет. Данная беременность III (I и II беременность закончились самопроизвольными выкидышами), протекала с гестозом в 1-м триместре; с 26 недели гестации уровень сахара в крови периодически достигал 6,1 ммоль/л; в 3-ем триместре отмечалось повышение артериального давления и отеки. Роды преждевременные на 36 неделе гестации; по поводу слабости родовой деятельности проводилась стимуляция окситоцином. 1-й период родов 13 часов, 2-й – 1 час, безводный промежуток – 6 часов. Масса тела при рождении 4580 г, длина тела 55 см. Закричала после аспирации слизи и проведения ИВЛ мешком Амбу в течение 20 секунд. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов.

Состояние после рождения тяжелое. ЧД-50 в 1 мин. ЧСС-180 в 1 мин. Крик слабый. Стонет. Спонтанная двигательная активность снижена. Рефлексы спинально-орального автоматизма вялые. Мышечная гипотония. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, синофриз, низко расположенные диспластичные ушные раковины, низкий рост волос на голове, сандалевидная щель, короткий мизинец, антимонголоидный разрез глаз, эпикамп. При осмотре - избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе, лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы багровые, периоральный и акроцианоз. Выражен общий отечный синдром 1 степени. В легких дыхание проводится равномерно, ослабленное. Границы относительной сердечной тупости расширены. Сердечные тоны приглушены. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. Диурез 1,5 мл/кг/час. Стул – меконий.

В родильном доме проводили оксигенотерапию методом СРАР, «оксидом»; инфузионную терапию с включением раствора глюкозы (отмечалась гипогликемия до 1,8 ммоль/л). На 3-й день жизни ребенок переведен в стационар.

Состояние при поступлении тяжелое. ЧД-64 в 1 мин. ЧСС-152 в 1 мин. Срыгивает. Поза «лягушки». Спонтанная двигательная активность снижена. При беспокойстве появляется тремор подбородка. Рефлексы орального автоматизма вялые, спинального угнетены. Мышечная гипотония. Кожные покровы иктеричные, с мраморным рисунком. Акроцианоз. Пастозность мягких тканей. Отеки на ногах. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Живот доступен пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см; селезенка – у реберного края. Диурез 1,2 мл/кг/час. Стул – переходный.

Клинический анализ крови на 3 день жизни: гемоглобин - 228 г/л, эритроц. - $6,6 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,0, лейкоц. - $10,2 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, с/я - 56%, э. - 1%, л. - 33%, м. - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Сахар крови: сразу после рождения - 2,5 ммоль/л, в возрасте 3-х дней - 3,0 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок - 51,0 г/л, билирубин: непрямо́й - 270 мкмоль/л, прямо́й - 13 мкмоль/л, мочеви́на - 5,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, кальций ⁺⁺ - 1,02 ммоль/л

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Проведите интерпретацию лабораторных показателей.
3. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Каков механизм развития данного состояния у этого ребёнка?
5. Назначьте лечение.
6. Изложите план амбулаторного наблюдения пациента.

ЗАДАЧА 18

Диагноз:

основной - Ребенок, рожденный от матери с гестационным сахарным диабетом. Преходящее метаболическое поражение ЦНС (гипогликемия), гипертрофическая кардиомиопатия (?);

осложнения – Респираторный дистресс синдром 1-2 ст. Полицитемия.

сопутствующий - Недоношенность 36 недель. Множественные стигмы дизэмбриогенеза. Конъюгационная желтуха.

ЗАДАЧА 19

Ребенок П., 14 дней жизни, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза: ребенок от матери 32 лет, страдающей бронхиальной астмой. Беременность I, протекала с периодическими подъемами АД до 150/90 мм рт.ст. При сроке 27 недель перенесла ОРВИ. Роды на 38 неделе гестации, самопроизвольные. 1-й период родов - 12 часов, 2-ой – 20 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 3000 г, длина тела 52 см, окружность головы – 34 см, груди– 33 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

Состояние после рождения расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. С 3-х суток жизни появились срыгивания, частота которых нарастала и на 7-й день жизни ребенок переведен в стационар с диагнозом: синдром срыгиваний.

Состояние при поступлении средней тяжести. Температура тела- 36,8°C. ЧД-48 в 1 мин. ЧСС- 135 в 1 мин. Вялый. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом. Отмечается симптом «мокрой подушки». Задняя стенка глотки гиперемирована. Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает. Физиологические рефлексы снижены. Мышечная гипотония. Распространённое лануго. Низко расположенное пупочное кольцо. Недостаточная поперечная исчерченность ладоней и стоп. Кожные покровы иктеричные с мраморным рисунком. Акроцианоз. Пастозность мягких тканей. Отёки на ногах. Пупочная ранка эпителизирована. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см; селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено. Стул кашицеобразный с большим количеством непереваренных комочков.

Клинический анализ крови: Hb - 168 г/л, эритроц. - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. - 1,0, лейкоц. - $10,8 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с/я - 56%, л - 28%, м. - 9%, СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 105 мкмоль/л, прямой – 9,4 мкмоль/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л, кальций⁺⁺ - 1,1 ммоль/л

ФЭГДС: фиброскоп введен свободно. Слизистая пищевода розовая блестящая, кардия зияет. Слизистая желудка розовая, складки расправляются. Привратник проходим.

Нейросонография: признаки морфо-функциональной незрелости, эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена, повышение эхогенности перивентрикулярной области.

ЗАДАНИЕ

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?
2. Какими анатомо-физиологическими особенностями характеризуется желудочно-кишечный тракт новорожденного?
3. Какие факторы привели к развитию основного заболевания?
4. Оцените результаты обследований ребёнка.
5. Каковы принципы медикаментозной и диетотерапии?
6. Изложите план амбулаторного наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА 19

Диагноз:

основной - Халазия кардии.

сопутствующий - Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Морфо-функциональная незрелость. Физиологическая желтуха.

ЗАДАЧА 20

Девочка И. родилась от соматически здоровой женщины на сроке гестации 37 недель. Роды путем экстренного кесарева сечения, в связи с отслойкой нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см, оценка по Апгар 2/3. Проводилась первичная реанимация: аспирация, интубация и ИВЛ мешком Амбу. Ребёнок в транспортном кювезе переведен в палату интенсивной терапии, подключён к аппарату ИВЛ.

При первичном осмотре состояние тяжёлое. Самостоятельное дыхание поверхностное, неадекватное. ЧСС-185 в 1 мин. SaO₂-88–92 %. АД-55/35 мм рт ст. Находится на ИВЛ. Ребенок вялый. Симптом «белого пятна» 7 секунд. Рефлексы периода новорожденности угнетены. Мышечная гипотония. Выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Кавернозная гемангиома на правой кисти. Аппаратное дыхание равномерно проводится во все отделы лёгких. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень +2,0 см ниже края рёберной дуги. Селезенка не увеличена. Не мочился. Стул – меконий.

При исследовании по cito периферической крови: уровень Hb составил 120 г/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Назначьте план обследования, необходимый для подтверждения диагноза и определения тактики ведения больного.
3. Какие осложнения Вы ожидаете в данном случае?
4. С какими заболеваниями можно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
5. Назначьте лечение. Какие существуют методы коррекции анемического синдрома?
6. Изложите план амбулаторного наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА 20

Диагноз:

- основной** – 1. Острая постгеморрагическая анемия тяжёлой степени.
2. Тяжелая асфиксия новорожденного.

осложнения – РДС тяжёлой степени. Гиповолемия.

сопутствующий - Кавернозная гемангиома правой кисти.

ЗАДАЧА 21

Ребёнок 10-ти суток жизни. Родился на 31 неделе гестации с массой 1700 г, длиной тела 41 см. Проводилась первичная реанимация: ИВЛ мешком и маской, интубация трахеи. Оценка по шкале Апгар 3/4 балла. Эндотрахеально вводился «Куросурф».

Находился на ИВЛ с рождения и до 7-х суток жизни в связи с тяжелым течением РДС. С 7-х суток жизни - на СРАР-терапии, а с 8-х суток жизни на самостоятельном дыхании. Инфузионная терапия в течении 3-х дней осуществлялась через пупочную, а затем через периферическую вену.

На 9-й день жизни общее состояние ребёнка ухудшилось. За последние сутки потерял в массе 50 г. Появилось обильное срыгивание створоженным молоком и однократно «кофейной гущей». Температура тела 37,5°C. ЧД-66 в 1 мин. ЧСС-162 в 1 мин. Взор «плавающий». Периодически горизонтальный нистагм. Появились эпизоды апноэ. Переведен на ИВЛ. Поза «лягушки». Рефлексы периода новорожденности угнетены. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен, выбухает, пульсирует. Ригидность затылочных мышц. Кожные покровы серые с мраморным рисунком. Акроцианоз. Из пупочной ранки серозно-геморрагическое отделяемое, пальпируется пупочная вена. Дыхание с втяжением податливых мест грудной клетки. В легких дыхание ослабленное, рассеянные крепитирующие и мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены; систолический шум с *punctum maximum* в V точке, проводится на спину. Живот незначительно вздут, участвует в акте дыхания. Печень + 4 см из-под реберной дуги; селезенка +1 см. Диурез 3 мл/кг/час. Стул со слизью и зеленью.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эр. - $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $25,3 \times 10^9$ /л, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 5%, п/я - 17%, с/я - 50%, э. - 1%, л - 17%, м - 4%, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 280 мкмоль/л, прямой билирубин - 5 мкмоль/л, АСТ - 68 МЕ/л, АЛТ - 56 МЕ/л, креатинин - 140 мкмоль/л, ЩФ - 100МЕ/л (N 50-400 МЕ/л), СРБ 64мг/л, ПКТ 18 нг/л.

КОС из капиллярной крови: рН - 7,2, рСО₂ - 66,2 мм.рт.ст. рО₂ - 44,6 мм.рт.ст., ВЕ= -10.

Посев на микрофлору: из зева и ануса, отделяемого из пупочной ранки - густой рост золотистого стафилококка.

Рентгенограмма легких: на фоне общего вздутия определяется сгущение легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются участки инфильтрации, на фоне которых видны фестончатые кольцевые тени. Средостение не расширено.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз вы поставите? Обоснуйте.
2. Какие клинические синдромы можно выделить?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.
6. Изложите план амбулаторного наблюдения за ребёнком.

Задача 21

Диагноз:

основной - Поздний неонатальный пупочный сепсис, предположительно, стафилококковой этиологии, септикопиемия: двусторонняя деструктивная пневмония, менингоэнцефалит.

осложнения - Полиорганная недостаточность. Анемия тяжёлой степени.

сопутствующий - Недоношенность 32 недели. Неонатальная желтуха. Открытое овальное окно (ООО) .Открытый артериальный проток (ОАП).

ЗАДАЧА 22

Ребенок Л. родился на 33-й неделе гестации с массой – 2050 г, ростом – 43 см. Оценка по шкале Апгар 3-5 баллов. Проводилась первичная реанимация. С рождения выставлен диагноз внутриутробная пневмония. Получал кислородотерапию, инфузионную, курсами антибактериальную и симптоматическую терапию. В возрасте 27-ми дней состояние ухудшилось. Появились судороги, выросли размеры окружности головы (+5 см за 27 дней).

При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Температура тела-36,5°C. ЧД-44 в 1 мин. ЧСС-128 в 1 мин. Эпизоды апноэ. Судороги тонико-клонические и тонические. Срыгивает створоженным молоком. Кратковременный горизонтальный нистагм. Большой родничок 4,5x4,5 см, «выполнен», пульсирует, напряжён. Черепные швы открыты. Малый родничок 1,2x1,2 см. Рефлексы периода новорождённости угнетены. Мышечная дистония. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. В паховых складках, на коже бедер и ягодиц выявляются эрозивные поверхности с фестончатыми краями. На слизистой оболочке полости рта трудно снимающийся белый налет. В лёгких дыхание ослабленное. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные; выслушивается мягкий систолический шум слева от грудины. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги; селезенка – на 1 см. Диурез 5 мл/кг/час. Стул 2 раза в день, кашицеобразный.

Клинический анализ крови (27-й день жизни): Hb - 112 г/л, эр. – $3,5 \times 10^{12}$ /л, Цв. п. – 0,96, лейкоц. – $10,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с/я - 33%, л - 52%, э – 3%, м - 10%, СОЭ - 15 мм/час.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при рентгориальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, белок – 2,08г/л (норма 0,9 – 1,15), реакция Панди – +++, цитоз – 400/3: нейтрофилы - 16%, лимфоциты – 62%, моноциты 22%.

Общий анализ мочи: прозрачность - мутная, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 1 - 2 в п/зр, эритроциты – нет, много грибов рода Candida.

Посев ликвора: высеваются грибы рода Candida albicans.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Проведите интерпретацию лабораторных показателей.

3. Укажите, какие факторы способствовали возникновению заболевания в этом возрасте.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Назначьте лечение.
6. Изложите план амбулаторного наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА 22

Диагноз:

основной - Инфекционное поражение ЦНС. Кандидозный менингит.

осложнения - Анемия I степени.

сопутствующий - Кандидоз кожи и слизистых оболочек. Открытое овальное окно (ООО).

ЗАДАЧА 23

Девочка Ю. родилась от IV беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, преэклампсией во 2-ой половине. Роды 3-и, на 32-й неделе гестации. Отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела 1480 г, длина тела 40 см, окружность головы 29 см, окружность груди 26 см. Проводились реанимационные мероприятия. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов.

Состояние с момента рождения средней тяжести за счет дыхательной недостаточности на фоне РДС. Отмечался синдром угнетения ЦНС. Проводилась кислородотерапия с помощью СРАР

На 3-и сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось: появились приступы апноэ, сопровождающиеся цианозом.

С 4-х суток – приступы клонико-тонических судорог.

На 5-е сутки жизни состояние тяжелое. Находится на ИВЛ. ЧСС-175 в 1 мин. Самостоятельно не сосет, кормится через зонд. Большой родничок 3х3 см, пульсирует. Расхождение сагиттального шва на 1,0 см. Малый родничок открыт. Рефлексы новорожденных угнетены. Мышечная дистония. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные; систолический шум над всей сердечной областью, проводится на спину. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см ниже края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Диурез 1,5 мл/кг/час. Стул с примесью слизи.

Клинический анализ крови (4 день жизни): Hb-90 г/л, эр. $-2,5 \times 10^{12}/л$, Цв. п. - 1,0, лейкоц.- $9,8 \times 10^9/л$, п/я -3%, с -44%, э -0%, л -47%, м -6%, СОЭ- 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная, белок - отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты– 3-4 в п/зр, эритроциты - нет, цилиндры - нет.

Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет – кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.

НСГ (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах - 11 мм, в полости – эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм, расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка. Отмечается повышение эхогенности перивентрикулярных областей.

ЗАДАНИЕ

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какое лечение необходимо новорождённому?
6. Изложите план амбулаторного наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА 23

Диагноз:

основной - Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС: двустороннее ВЖК III степени. Судорожный синдром. Гидроцефальный синдром.

осложнения – РДС тяжёлой степени. Апноэ центрального генеза. Острая постгеморрагическая анемия тяжёлой степени.

сопутствующий – Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР III степени). Недоношенность, гестационный возраст 32-33 недели.

ЗАДАЧА 24

Ребёнок от женщины с отягощенным соматическим (хронический пиелонефрит, тонзиллит, непереносимость коровьего молока) и акушерским (I беременность выкидыш) анамнезом. Настоящая беременность II, протекавшая с преэклампсией. Роды 2-ые, срочные, на 38 неделе гестации, самостоятельные. Родился мальчик с массой 3000 г, длиной 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При рождении состояние ребенка средней тяжести за счет синдрома угнетения ЦНС.

К концу 2-х суток состояние новорожденного ухудшилось: после кормления грудным молоком появились срыгивания, однократно рвота и водянистый стул. Отмечается субиктеричность кожных покровов. Переведён в отделение патологии новорождённых.

К концу 3-х суток прогрессировали симптомы интоксикации: вялость, отказ от груди (потеря в весе составила 70 г). Начато кормление сцеженным грудным молоком через зонд. У ребенка кишечные колики. При постановке газоотводной трубки - обильное отхождение газов. Прогрессировала желтуха. Отмечался общий отёчный синдром. Начали проводить интенсивную терапию.

К 11 суткам жизни обращает на себя внимание сохраняющийся синдром угнетения ЦНС, отсутствие сосательного рефлекса, усиление синдрома срыгивания, нарастающая иктеричность кожных покровов с зеленоватым оттенком. Состояние новорождённого тяжелое. Температура тела 36,7°C. ЧД-40 в 1 мин. ЧСС-138 в 1 мин. Масса 2700 г. Кормится материнским молоком через зонд. Обильно срыгивает. Двигательная активность снижена. Рефлексы орального автоматизма вялые; спинального – угнетены. Мышечная гипотония. Кожные покровы иктеричные, с зеленоватым оттенком. Пупочная ранка эпителизируется. Дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на сосудах. Живот вздут, участвует в акте дыхания. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край плотный. Селезенка не пальпируется. Диурез 3 мл/кг/час. Стул окрашен, с примесью зелени и слизи.

Клинический анализ крови (10-е сутки жизни): Нв - 100 г/л, эр. - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Цв.п. - 1,0, ретикулоциты - 2 г/л, лейкоц.- $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с/я - 32%, л - 54%, м - 10%, СОЭ - 5 мм/час.

Кал на кишечную группу: отрицательный.

Анализ крови на ВИУ методом ПЦР: краснуха, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз – отрицательно.

Биохимический анализ крови: общий белок 42 г/л, альбумины – 19%, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л, общий билирубин - 315 мкмоль/л, прямой - 95 мкмоль/л, АлАТ – 105 Ед/л, АсАТ – 135 Ед/л., глюкоза 1,9 ммоль/л, холестерин 1,3 ммоль/л (норма 1,6-3,0 ммоль/л).

Консультация офтальмолога: двустороннее помутнение хрусталика.
УЗИ брюшной полости: гепатомегалия.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы можете поставить? Обоснуйте.
2. Проанализируйте результаты лабораторных исследований.
3. Каков патогенез этого патологического процесса?
4. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагностику?
5. Составьте план лечения и назначьте смеси для вскармливания.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения за ребёнком.

ЗАДАЧА 24

Диагноз:

основной - Наследственная болезнь обмена (Галактоземия ?).

осложнения – Неонатальная желтуха. Синдром холестаза (внутрипеченочный). Перинатальное токсико-метаболическое поражение ЦНС. Двусторонняя катаракта?

сопутствующий - Анемия смешанного генеза I степени.

ЗАДАЧА 25

Мальчик, 1 месяц 9 дней жизни, находится в ОРИТ на ИВЛ.

Ребенок от матери 25 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (уреаплазмоз – пролечена; предыдущая беременность – самопроизвольный выкидыш). Мальчик от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2-ом триместре. Роды 1-ые, самостоятельные, на 29 неделе. Родился живой, недоношенный мальчик: масса тела 1200 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 4/5 баллов. В род. зале проводились реанимационные мероприятия, включающие интубацию трахеи, ИВЛ 100% кислородом. В транспортном кювезе ребёнок был переведен в ОРИТ. Эндотрахеально вводился «Альвеофакт».

На первой неделе жизни ребенок перенес РДС, тяжелой степени, потребовавший проведения ИВЛ с «жесткими» параметрами.

На протяжении первого месяца жизни отмечались приступы бронхообструкции с падением сатурации до 75-80%.

В настоящее время общее состояние ребёнка крайне-тяжёлое. Находится на ИВЛ с $FiO_2 = 35\%$. Сатурацию удерживает в пределах 88 – 92 %. Среднее АД - 40 мм.рт.ст. Вскармливается через зонд по 18 мл грудного сцеженного молока. В неврологическом статусе умеренно выражен синдром церебрального угнетения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Грудная клетка имеет бочкообразную форму, несколько вздута. Отмечается втяжение податливых мест грудной клетки. В лёгких аускультативно: дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие, периодически - свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены; «мягкий» систолический шум слева от грудины.

Живот мягкий, доступен пальпации. Печень + 1,5 см от края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится самостоятельно. Диурез - 3 мл/кг/час. Стул 3 раза в сутки, жёлтый, кашицеобразный.

Экспресс-анализ крови: лейкоциты – $15,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-100 г/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: высота стояния диафрагмы на уровне 16 ребра, эмфизема легких; линейные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления, множественные буллы.

ЭХО-КГ: ОАП=2мм, гемодинамически незначимый, давление на легочной артерии в пределах возрастной нормы. ООО=2 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите? Обоснуйте.
2. Каковы основные патогенетические механизмы заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Назначьте лечение.
6. Составьте план амбулаторного наблюдения за ребёнком.

Задача 25

Диагноз:

основной – 1. БЛД, новая форма, тяжёлое течение;

2. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Синдром церебрального угнетения.

осложнения – ДН III ст.; Анемия смешанного генеза, средней степени тяжести.

сопутствующий – Недоношенность, срок гестации 29 недель. Открытое овальное окно (ООО). Открытый артериальный проток (ОАП).