Итоговая государственная аттестация 3 этап

(Собеседование)

Экзаменационные задачи для самоподготовки

Модуль «НЕОНАТОЛОГИЯ»

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 спинально-орального автоматизма вызываются. 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 непереваренными комочками и прожилками слизи.

Клинический анализ крови: Hb - 180 г/л, эритроциты - $5{,}0 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $8{,}7 \times 10^{9}$/л, п/я - 4%, с/я - 35%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 49%, моноциты - 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; мочевина - 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.

ДИАГНОЗ основной: *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 новорожденных 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, эритроциты - $5{,}2 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $11{,}0 \times 10^{9}$/л, п/я - 5%, с/я - 38%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 40%, моноциты - 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; мочевина - 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.

ДИАГНОЗ основной: *Период ранней неонатальной адаптации. Физиологическая желтуха.*

ЗАДАЧА №3

Ребёнок К., 4 дней жизни, от I физиологической беременности, 1-х самопроизвольных срочных родов. При рождении масса тела 3000 г, рост 51 см., окружность головы 36 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

При осмотре было выявлено неправильное строение наружных гениталий (пенисообразный и гипертрофированный клитор, складчатые большие половые губы), гиперпигментация больших половых губ и белой линии живота.

С 3-го дня после рождения состояние ребенка ухудшилось, кожные покровы стали бледными, с сероватым оттенком, их тургор и эластичность снижены. Развились мышечная гипотония и гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное, везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень +2 см. Полиурия. Стул жидкий, обычной окраски.

Общий анализ крови: НЬ – 145 г/л, эритроциты – $5{,}0 \times 10^{12}$/л, лейкоциты– $9{,}5 \times 10^{9}$/л;: п/я – 2%, с/я – 50%; эозинофилы – 2%, лимфоциты – 38%, моноциты – 8%, СОЭ-5 мм/час

Биохимический анализ крови: общий белок – 55 г/л, холестерин – 4,7 ммоль/л, глюкоза – 2,8 ммоль/л, натрий – 125,0 ммоль/л, калий - 7,8 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваш предположительный Диагноз? Обоснуйте его

2. По какому типу наследуется данная болезнь? Какая вероятность рождения в этой семье в последующем больного ребенка?

3. Какая причина нарушения внутриутробного формирования наружных половых органов у этой девочки?

4. При каких болезнях в периоде новорождённости может отмечаться рвота “фонтаном”, жидкий стул? Проведите дифференциальный Диагноз.

5. Как и какими препаратами вы будете проводить неотложную посиндромную терапию?

ДИАГНОЗ основной: *Врождённая гиперплазия надпочечников, сольтеряющая форма.*

Осложнения: *Острая надпочечниковая недостаточность.*

ЗАДАЧА №4

Ребенок М., первого часа жизни находится в родильном доме. Из анамнеза известно: группа крови матери А(II), Rh-отрицательная. I-ая беременность закончилась медицинским абортом, профилактика резус-конфликта не проводилась. 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 тихий. Рефлексы новорожденных вызываются после длительной рефрактерной паузы. Мышечный тонус умеренно снижен. Кожные покровы иктеричные до IV 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.

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

Осложнения *- Преходящее метаболическое поражение ЦНС, стадия билирубиновой интоксикации.*

ЗАДАЧА №5

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

Ребенок от матери 25 лет, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (эндометриоз, предыдущая беременность – самопроизвольный выкидыш). Мальчик от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания во 2-ом триместре. Роды первые, преждевременные, 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, на 3 минуте интубирован. Вводился сурфактант. С Диагнозом респираторный дистресс-синдром, тяжелая степень дыхательных нарушений, умеренная асфиксия, недоношенность 29 недель ребенок переведен в отделение реанимации. Проводилась кислородотерапия методом ИВЛ с «жесткими» параметрами.

На протяжении сохранялась кислородозависимость, отмечались приступы бронхообструкции с падением сатурации до 75-80%.

В настоящее время общее состояние ребёнка остается тяжелым. Находится на ИВЛ с FiO2= 0,35. Сатурацию удерживает в пределах 92-94 %. 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, подвздута. Отмечается втяжение податливых мест грудной клетки. В лёгких аускультативно: дыхание жесткое с участками ослабленного, выслушиваются крепитирующие, периодически - свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены; «мягкий» систолический шум на верхушке.

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 – 15,0х10^9/л, эритроциты – 3,8 х10^{12}/л, Нв-100 г/л.

Рентгенограмма органов грудной клетки: в просвете легкого визуализируется 17 передне-задних отрезков ребер, 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 наблюдения за ребёнком после выписки.

ДИАГНОЗ основной: *Бронхолегочная дисплазия.*

Осложнения: *ДН III ст. Анемия смешанного генеза, средней степени тяжести.*

Сопутствующий: *2. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Недоношенность, срок гестации 28-29 недель. Открытое овальное окно (ООО). Открытый артериальный проток (ОАП).*

ЗАДАЧА №6

Ребенок М., первого часа жизни находится в родильном доме. Из анамнеза известно: группа крови матери А(II), Rh-отрицательная. I-ая беременность закончилась медицинским абортом. 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 иктеричны 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. Опишите патогенез настоящего заболевания?
4. Оцените результаты лабораторных исследований.

5. Назначьте и обоснуйте план обследования и лечения.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения этого ребёнка.

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

Осложнения *- Преходящее метаболическое поражение ЦНС, стадия билирубиновой интоксикации.*

ЗАДАЧА №7

Ребенок К., 12 дней жизни, от первой беременности, протекавшей без особенностей, от первых своевременных самостоятельных родов на 39 неделе. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении 3250 грамм, длина 51 см 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°С. Участковым педиатром был поставлен Диагноз ОРВИ; назначены сосудосуживающие капли в нос. Через 2 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры тела до 38°С, 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°С. ЧД-76 в 1 мин. ЧСС-170 в 1 мин. Беспокоен. Рефлексы периода новорожденности угнетены, мышечный тонус снижен. Кожные покровы с сероватым оттенком. Периоральный цианоз. Акроцианоз. Носовое дыхание затруднено. Задняя стенка глотки гиперемирована. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Частота дыхания 68-72 в минуту. Аускультативно: дыхание ослаблено, в нижних отделах правого легкого отмечается резкое ослабление дыхания с участками крепитации. Частота сердечных сокращений 152-158 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены. Живот несколько вздут. Печень + 3,0 см ниже края рёберной дуги. Селезенка не пальпируется. Однократно помочился. Стул – жёлтый, с непереваренными комочками.

Общий анализ крови: Hb-168 г/л, эритроциты - $5{,}0 \times 10^{12}$/л, тромбоциты-$268{,}0 \times 10^{9}$/л, лейкоциты - $21{,}4 \times 10^{9}$/л, п/я -10%, с/я -61%, эозинофилы-1%, лимфоциты -19%, моноциты -9%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 52 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 лечение.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения ребёнка.

ДИАГНОЗ основной: *Поздняя неонатальная пневмония смешанной вирусно-бактериальной этиологии.*

Осложнения*: ДН II степени.*

ЗАДАЧА №8

Мальчик Б. переведен из родильного дома в отделение патологии новорожденных в возрасте 5 дней

Из анамнеза известно: ребенок рожден у здоровой женщины 23-х лет от I беременности, протекавшей на фоне гестационной гипертензии и протеинурии, 1-х своевременных самопроизвольных родов осложненных дородовым излитием околоплодных вод, первичной слабостью родовой деятельности в головном предлежании плода. Проводилась родостимуляция окситоцином, отмечалось затруднение выведения плечиков. Первый период родов - 10 часов, 2-й – 30 минут, безводный промежуток – 12 часов. Масса тела ребенка при рождении 4150 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения отмечались выраженные симптомы возбуждения ЦНС, асимметрия мышечного тонуса. Объем активных движений в левой руке снижен. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в отделение второго этапа выхаживания.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Большой родничок 2,0х2,0 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: Hb - 178 г/л, эритроциты - 5,1x10^{12}/л, лейкоциты - 8,2x10^{9}/л, п/я - 6%, с/я - 56%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин непрямой - 198 мкмоль/л, прямой – 7 мкмоль/л, мочевина - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,05 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Предварительный Диагноз?
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. Тактика амбулаторного наблюдения за данным новорождённым.

ДИАГНОЗ основной: *Родовая травма периферической нервной системы. Травматическое повреждение левого плечевого сплетения. Проксимальный тип Дюшена-Эрбе (C_5-C_6).*

Сопутствующий*: Физиологическая желтуха.*

ЗАДАЧА №9

Мальчик 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, обострением хронического пиелонефрита на 32-33 недели гестации. Роды 1-е срочные самопроизвольные в головном предлежании плода. Масса тела при рождении 3600 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди матери приложен в родильном зале, сосал активно. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались

физиологическая желтуха, токсическая эритема, признаки полового криза. 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.

При поступлении состояние средней тяжести. Вялый. Сосет неохотно, периодически срыгивает. Температура тела-37,6°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 1,-1,5 см с серозно-гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Пупочная ранка сухая. Видимые слизистые оболочки розовые, чистые. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры, частота дыхания 38-44 в минуту. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Частота сердечных сокращений 128-132 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий. Печень выступает из-под реберного края на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Мочится самостоятельно, моча светлая. Стул желтый, кашицеобразный.

Клинический анализ крови: Hb - 159 г/л, эритроциты - 5,5х10^{12}/л, тромбоциты – 270,0 х10^{9}/л, лейкоциты - 17,2х10^{9}/л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, эозинофилы - 1%, лимфоциты- 24%, моноциты - 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 – 137 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, мочевина - 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.

ДИАГНОЗ основной*: Пузырчатка новорожденных.*

ЗАДАЧА №10

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

Из анамнеза известно, что ребенок рожден молодой здоровой женщиной, от IV беременности, протекавшей со среднетяжелой преэклампсией в 3-ем триместре, кольпитом (проводилось местное лечение, результаты посевов неизвестны). 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 третий день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 250 грамм, 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. Температура тела 35,9°С. ЧД- 64 в 1 мин. ЧСС-176 в минуту. Голову запрокидывает. Ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5х2,5 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 в нижних отделах обоих легких. 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 0,8 мл/кг/час. Стул самостоятельный с большим количеством непереваренных комочков и примесью слизи.

Клинический анализ крови: Hb - 128 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$/л, тромбоциты. – $120,0 \times 10^{9}$/л, лейкоциты – $4,7 \times 10^{9}$/л, миелоциты – 2%, метамиелоциты – 6%, п/я - 10%, с/я - 12%, лимфоциты - 60%, моноциты– 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: С-реактивный белок – 26,4 мг/л

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

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Ранний неонатальный пупочный сепсис, подострое течение, период разгара гнойный менингит, пневмония.*

Осложнения: *Дыхательная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, острое повреждение почек.*

Сопутствующий: *Анемия средней степени тяжести смешанного генеза. Недоношенность 36-37 недель. Открытый артериальный проток.*

ЗАДАЧА №11

Мальчики из монохориальной моноамниотической двойни находятся в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность первая, протекала без патологии. Роды самостоятелные на 36 неделе гестации. Первый период родов – 8 часов 15 минут, второй – 30 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела первого ребенка 1950 г, длина 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов, второго – 2750 г, 48 см и 7/7 баллов соответственно.

При рождении у первого ребенка из двойни обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно-жирового слоя, двигательной активности, сухожильных и безусловных рефлексов новорожденных. Дыхание ослабленное везикулярное, тоны сердца громкие ритмичные, живот мягкий, печень и селезенка у края реберной дуги. Стул – меконий, моча светлая. У второго ребенка из двойни кожные покровы ярко-розовые, подкожно-жировой слой развит достаточно, отмечается умеренное снижение двигательной активности, сухожильных и безусловных рефлексов новорожденных. Дыхание ослабленное везикулярное, тоны сердца громкие

ритмичные, живот мягкий, печень и селезенка у края реберной дуги. Стул – меконий, моча светлая.

При исследовании по cito **периферической крови**: У1-ого ребенка Hb составил 142 г/л, Ht – 42%. У 2-ого ребенка Hb составил 236 г/л, Ht – 73%.

ЗАДАНИЕ:

1. О какой патологии можно думать в данном случае у каждого из детей?
2. Что является критерием постановки Диагноза при данной патологии?
3. Какие типы гемоглобина Вы знаете? Каковы особенности гемоглобина плода и новорожденного?
4. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения Диагноза?
5. Каков патогенез выявленных изменений?
6. Какие изменения может выявить врач-акушер при осмотре плаценты?
7. Какие осложнения могут возникнуть в обоих случаях и чем они обусловлены?
8. Определите тактику лечебных мероприятий по отношению к обоим детям.
9. Можно ли проводить прививку БЦЖ этим детям?
10. К какой группе здоровья будут относиться эти дети после выписки?

ДИАГНОЗ основной:

Первый ребенок из двойни*: Постгеморрагическая анемия с хронической кровопотерей, лёгкой степени (фето-фетальная трансфузия «донор»). ЗВУР по ассиметричному типу II степени. Недоношенность 35-36 недель гестации.*

Второй ребенок из двойни*: Полицитемический синдром (фето-фетальная трансфузия, «реципиент»). Недоношенность 35-36 недель гестации.*

ЗАДАЧА №12

Мальчик А. поступил из отделения патологии новорожденных родильного дома в отделение реанимации в возрасте 22 часов жизни.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 22 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Данная беременность II, протекала с обострением пиелонефрита в 3-ем триместре. Роды срочные, самостоятельные на 39 неделе: 1-й период - 15 часов, 2-й - 35 минут; безводный промежуток – 9 часов.

Околоплодные воды зеленые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2300 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

Состояние при рождении средней тяжести за счет симптомов угнетения ЦНС. К концу первых суток состояние ухудшилось до тяжелого за счет проявления синдрома дыхательных расстройств, появления эпизодов апноэ, что потребовало перевода в реанимационное отделение.

Состояние ребёнка при поступлении тяжелое. Крик слабый. Сосет вяло. Термолабилен. ЧД-78 в 1 мин. ЧСС-170 в 1 мин. Эпизоды апноэ до 10 секунд. Двигательная активность снижена. Физиологические рефлексы новорожденных вызываются частично с длительным рефрактерным промежутком. Мышечная гипотония. Кожные покровы бледно-розовые 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, эритроциты - $4,5x10^{12}$/л, тромбоциты - $108,0x10^{9}$/л, лейкоциты - $28,1x10^{9}$/л, миелоциты - 2%, метамиелоциты - 4%, п/я -13%, с/я -50%, эозинофилы -5%, лимфоциты -11%, моноциты -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, AB - 9 ммоль/л, SB – 8 ммоль/л, BB - 19 ммоль/л. SaO2=72**%.**

НСГ – признаки морфо-функциональной незрелости.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Внутриутробная двусторонняя пневмония неуточнённой этиологии.*

Осложнения: *ДН III степени.*

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

ЗАДАЧА №13

Ребёнок 10-ти суток жизни. Родился на 31 неделе гестации с массой 1700 г, длиной тела 41 см. Оценка по шкале Апгар 3/4 балла. Проводилась первичная реанимация: ИВЛ мешком Амбу, интубация трахеи с переводом на аппаратную ИВЛ, эндотрахеально вводился сурфактант.

Находился на ИВЛ с рождения и до 7-х суток жизни в связи с тяжелым течением РДС. С 7-х суток жизни - на CPAP-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 потерял в массе 50 г. Появилось обильное срыгивание створоженным молоком и однократно «кофейной гущей». Температура тела 37,5^{o}С. 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 новорождённости угнетены. Большой родничок 2,5х2,5 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 punktum maximum во второй и третьей точке, проводится на спину. Живот вздут, перистальтика снижена. Печень + 4 см из–под реберной дуги; селезенка +1 см. Диурез 0,9 мл/кг/час. Стул со слизью и зеленью, получен после стимуляции.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 3,5х10^{12}/л, лейкоциты- 25,3х10^{9}/л, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 5%, п/я - 17%, с/я - 50%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 17%, моноциты – 4%, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий билирубн – 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: pH - 7,2, pCO_2 - 66,2 мм.рт.ст. pO_2 - 44,6 мм.рт.ст., BE= -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. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Поздний неонатальный пупочный сепсис, предположительно стафилококковой этиологии, период разгара, острое течение, септикопиемия: двусторонняя деструктивная пневмония, менингоэнцефалит.*

Осложнения*: Полиорганная недостаточность. Анемия тяжёлой степени.*

Сопутствующий*: Недоношенность 32 недели. Неонатальная желтуха. Открытый артериальный проток.*

ЗАДАЧА №14

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 первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего женщина находилась на стационарном лечении. Роды самостоятельные, срочные на 38 неделе гестации. Масса тела при рождении 2900 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. 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 эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в отделение патологии новорождённых.

Состояние ребёнка при поступлении средней тяжести. Рефлексы периода новорождённости вялые. Мышечный тонус снижен. При беспокойстве мелкоразмашистый тремор рук. Обильное лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Определяется кефалогематома 2,5 на 3,5 см. Кожные покровы иктеричные. В легких дыхание ослабленное везикулярное, проводится равномерно во все отделы. 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, эритроциты - $4,4x10^{12}$/л, тромбоциты - $310,0x10^{9}$/л, лейкоциты - $9,9x10^{9}$/л, п/я - 3%, с/я - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 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	19″ (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 - 168 мкмоль/л, прямой – 8 мкмоль/л; мочевина - 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. Сформулируйте предварительный Диагноз.
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 лечения.
6. Изложите тактику амбулаторного наблюдения новорождённого.

ДИАГНОЗ основной: *Ранняя геморрагическая болезнь новорожденных.*

Осложнение: *Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС (ВЖК 2-3), желудочно-кишечное кровотечение*

Сопутствующий: *Постгеморрагическая анемия*

ЗАДАЧА №15

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, кольпитом в третьем триместре (проводилось местное лечение). 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°С. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 1-1,5 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, эритроциты - 5,5х10^{12}/л, Цв. п. - 0,98, тромбоциты – 270,0 х10^{9}/л, лейкоциты - 17,2х10^{9}/л, метамиелоциты – 3%, п/я - 13%, с/я - 57%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 24%, моноциты - 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, мочевина - 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. Сформулируйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Пузырчатка новорожденных, доброкачественная.*

ЗАДАЧА №16

Ребенок К., 12 дней жизни, рожден молодой здоровой женщиной, от I-ой нормально протекавшей беременности, 1-ых своевременных срочных родов в головном предлежании плода. Масса тела ребенка при рождении 3600 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. 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 37,6°С. Участковым педиатром был поставлен Диагноз ОРВИ; назначены сосудосуживающие капли в нос, препараты интерферон альфа-2в человеческий рекомбинантный в свечах. Через 2 дня состояние резко ухудшилось: отмечался подъем температуры тела до 38°С, 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°С. ЧД-76 в 1 мин. ЧСС-170 в 1 мин. Беспокоен. Рефлексы периода новорожденности вызываются частично с длительным рефрактерным промежутком. Мышечная гипотония. Кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком, акроцианозом, цианозом носогубного треугольника, нарастающими при осмотре. 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. Тоны сердца несколько приглушены. Живот несколько вздут. Печень + 3,0 см ниже края рёберной дуги. Селезенка не пальпируется. Однократно помочился. Стул самостоятельный, жёлтый, с непереваренными комочками.

Общий анализ крови: Hb-168 г/л, эритроциты - $5,0x10^{12}$/л, тромбоциты-268,0х 10^9/л, лейкоциты - $21,4x10^9$/л, п/я - 10%, с - 61%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 19%, моноциты - 9%, СОЭ - 4 мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2 – 50 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. Сформулируйте клинический Диагноз.
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 лечение.
6. Изложите особенности амбулаторного наблюдения ребёнка.

ДИАГНОЗ основной: *Поздняя неонатальная пневмония*

Осложнения*: ДН II степени.*

ЗАДАЧА №17

Мальчик М., 6 дней жизни. От I нормально протекающей беременности. Роды самостоятельные на 38 неделе. 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 участковым педиатром на 6-й день состояние ребёнка удовлетворительное. На грудном вскармливании. Активен. Масса тела 3060 г. Рефлексы периода новорождённости вызываются в полном объеме, устойчивые. Мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа определяются мелкие беловато-желтоватые узелки. На коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены до 2 см, при надавливании выделяется беловато молочная

жидкость. Пупочная ранка под корочкой. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Живот мягкий. Печень + 2 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочится адекватно. Стул жёлтый с непереваренными комочками и прожилками слизи.

Клинический анализ крови: Hb - 165 г/л, эритроциты - $5{,}0 \times 10^{12}$/л, лейкоциты - $9{,}7 \times 10^{9}$/л, п/я - 4%, с/я - 35%, э. - 3%, лимфоциты - 49%, моноциты - 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 – 154 мкмоль/л, непрямой - 147 мкмоль/л, прямой – 7 мкмоль/л; мочевина - 4,2 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; калий – 4,5 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; кальций общий - 2,2 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.

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

ЗАДАЧА №18

Девочка 14 дней жизни, 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 триместрах беременности. В 3-ем триместре беременности отмечалось периодическое повышение температуры до фебрильных цифр, 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 тела ребенка при рождении 1950 г, длина тела 44 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 29 см. Состояние при рождении средней тяжести 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°С. ЧД-44 в 1 минуту. ЧСС-140 в 1 минуту. Часто срыгивает. Голову запрокидывает. Отмечается глазодвигательная симптоматика: симптом «заходящего солнца» и горизонтальный нистагм. Гиперестезия.

Голова с нависающей лобной и затылочной частью. Окружность головы-35,5 см. Швы открыты. Большой родничок 4,0х4,0 см, напряжен. Рефлексы спинально-орального автоматизма угнетены.

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 жёлтый, с непереваренными комочками и слизью.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная; белок – 3,1 г/л; цитоз – 320 в 3 мл: 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. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Врожденный токсоплазмоз: менингоэнцефалит.*

Осложнения: *Судорожный синдром. Гидроцефальный синдром.*

Сопутствующий: *Недоношенность 35-36 недель. Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (симметричный ЗВУР по гипопластическому типу II степени).*

ЗАДАЧА №19

Девочка Ю. рождена молодой здоровой женщиной, от IV беременности, протекавшей с преэклампсией в 30 недель. Роды 3-и, оперативные на 32-й неделе гестации. Отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела ребенка при рождении 1480 г, длина тела ребенка 40 см, окружность головы 29 см, окружность груди 26 см. Проводились реанимационные мероприятия. Оценка по шкале Апгар 5-6 баллов.

Состояние с момента рождения тяжелое 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.

Переведена 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 иктеричны до 2 степени на бледно-розовом фоне, чистые. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. 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, эритроциты - $2{,}5 \times 10^{12}$/л, лейкоциты- $9{,}8 \times 10^{9}$/л, п/я -3%, с/я -44%, эозинофилы -0%, лимфоциты -47%, моноциты -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.

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

Осложнения*: Апноэ центрального генеза. Острая постгеморрагическая анемия тяжёлой степени.*

Сопутствующий: *Респираторный дистресс-синдром новорожденных. Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР III степени). Недоношенность, гестационный возраст 32-33 недели.*

ЗАДАЧА №20

Ребёнок, мальчик, рожден женщиной с отягощенным соматическим (поливалентная пищевая аллергия) и акушерским (I беременность закнчилась самопроизвольным прерыванием на 8 неделе) анамнезом. Настоящая беременность II, протекавшая с угрозой прерывания на 12-13 неделях гестации. Роды 1-ые, срочные, на 38 неделе гестации, самостоятельные. Масса тела ребенка при рождении 3000 г, длина тела ребенка 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное.

К концу 2-х суток после кормления грудным молоком появились обильные срыгивания, иктеричность кожных покровов 1-2 степени с зеленоватым оттенком. Переведён в отделение патологии новорождённых. От проведения неонатального скрининга родители отказались.

К концу 3-х суток прогрессировали симптомы угнетения ЦНС: вялость, отказ от груди (потеря в весе составила 70 г за сутки). Начато кормление сцеженным грудным молоком через зонд. 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°С. 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 периодически ахоличен, с примесью слизи.

Клинический анализ крови (10-е сутки жизни): Нв - 100 г/л, эритроциты - $3{,}0 \times 10^{12}$/л, ретикулоциты - 2 %, лейкоциты - $7{,}0 \times 10^{9}$/л, п/я - 4%, с/я - 32%, лимфоциты - 54%, моноциты - 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 38 г/л, альбумины – 50%, калий - 4,5 ммоль/л, натрий - 130 ммоль/л, общий билирубин - 215 мкмоль/л, прямой - 95 мкмоль/л, АлАТ – 1005 Ед/л, АсАТ – 800 Ед/л., глюкоза 1,9 ммоль/л, холестерин 1,3 ммоль/л (норма 1,6-3,0 ммоль/л), щелочная фосфатаза 657 МЕ. Фибриноген 1,5 г/л (норма 1,7-3,9 г/л). МНО 2,2 (норма 0,8-1,2)

Консультация офтальмолога: двустороннее помутнение хрусталика.

УЗИ брюшной полости: гепатомегалия.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Наследственные болезни обмена (Галактоземия?).*

Осложнение: *Острая печеночная недостаточность.*

ЗАДАЧА №21

Ребенок 1-х суток жизни находится в роддоме.

Из анамнеза известно, что девочка от женщины 25 лет. Беременность II, протекала 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 тела ребенка при рождении 1850 г, длина 41 см, окружность головы 28 см, окружность груди - 30 см. Оценка по шкале Апгар 4 /7 баллов.

При рождении состояние ребёнка тяжелое. Температура тела-36,6°С. 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. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Над областью сердца прослушивается грубый систоло-диастолический шум, с p. 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, эритроциты – $4{,}6 \times 10^{12}$/л, тромбоциты – $100{,}0 \times 10^{9}$/л, лейкоциты – $8{,}0 \times 10^{9}$/л, п/я – 6%, с/я– 49%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 32%, моноциты – 12%, СОЭ – 4 мм/час.

НСГ: повышение эхогенности перивентрикулярных областей.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте Диагноз.
2. 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. Напишите основные принципы лечения данного заболевания.
6. Определите группу здоровья и план профилактических прививок после выписки данного ребенка

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.*

ЗАДАЧА №22

Мальчик Л. родился на 33-й неделе гестации с массой – 2050 г, ростом – 43 см. Оценка по шкале Апгар 3-5 баллов. Проводилась первичная реанимация в род.зале. С рождения выставлен Диагноз внутриутробная пневмония. Получал оксигенотерапию, инфузионную, курсами антибактериальную, профилактическую противогрибковую и симптоматическую терапию с положительной динамикой. Антибактериальная терапия отменена на 21 сутки жизни. В возрасте 27-ми дней состояние ухудшилось. Появились судороги, наросли размеры окружности головы (+5 см за 27 дней).

При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Температура тела-36,5°С. 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 4,5х4,5 см, «выполнен», пульсирует, напряжён. Черепные швы открыты. Малый родничок 1,2х1,2 см. Рефлексы периода новорождённости угнетены. Мышечная дистония. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание ослабленное. Тоны сердца громкие, 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 - 98 г/л, эритроциты– $2{,}9 \times 10^{12}$/л лейкоциты – $10{,}3 \times 10^{9}$/л, п/я - 2%, с/я - 33%, лимфоциты - 52%, эозинофилы – 3%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/час.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, белок – 3,08 г/л, реакция Панди – +++, цитоз – 400 в мл: 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 parapsilosa.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Инфекционное поражение ЦНС. Кандидозный менингит. Инвазивный кандидоз?*

Осложнения: *Анемия I степени.*

ЗАДАЧА №23

Мальчик Л. родился на 33-й неделе гестации с массой – 2050 г, ростом – 43 см. Оценка по шкале Апгар 3-5 баллов. Проводилась первичная реанимация в род.зале. С рождения выставлен Диагноз внутриутробная пневмония. Получал оксигенотерапию, инфузионную, курсами антибактериальную, профилактическую противогрибковую и симптоматическую терапию с положительной динамикой. Антибактериальная терапия отменена на 21 сутки жизни. В возрасте 27-ми дней состояние ухудшилось. Появились судороги, наросли размеры окружности головы (+5 см за 27 дней).

При осмотре состояние ребёнка тяжёлое. Температура тела-36,5°С. 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 4,5х4,5 см, «выполнен», пульсирует, напряжён. Черепные швы открыты. Малый родничок 1,2х1,2 см. Рефлексы периода новорождённости угнетены. Мышечная дистония. Кожные покровы бледные, с мраморным рисунком. Видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание ослабленное. Тоны сердца громкие, 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 - 98 г/л, эритроциты– $2{,}9 \times 10^{12}$/л лейкоциты – $10{,}3 \times 10^{9}$/л, п/я - 2%, с/я - 33%, лимфоциты - 52%, эозинофилы – 3%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/час.

Исследование ликвора (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, белок – 3,08 г/л, реакция Панди – +++, цитоз – 400 в мл: 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 parapsilosa.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Инфекционное поражение ЦНС. Кандидозный менингит. Инвазивный кандидоз?*

Осложнения: *Анемия I степени.*

ЗАДАЧА №24

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 абортами), протекала с преэклампсией в 3-ем 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 оперативные на 36 неделе гестации. 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 малые аномалии развития: короткая шея, лунообразное лицо, синофриз, низко расположенные диспластичные ушные раковины, низкий рост волос на голове, сандалевидная щель, короткий мизинец. 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 CPAP, 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. Рефлексы орального автоматизма вялые, спинального угнетены. Мышечная гипотония. Кожные покровы иктеричные, с мраморным рисунком. Акроцианоз. Пастозность мягких тканей. Дыхание ослабленное везикулярное, 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.

Клиническийй анализ крови на 3 день жизни: гемоглобин - 228 г/л, эритроциты - $6,6x10^{12}$/л, лейкоциты - $10,2x10^{9}$/л, п/я - 3%, с/я - 56%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Сахар крови: сразу после рождения - 2,5 ммоль/л, в конце первых суток 1,6 ммоль/л, в возрасте 3-х дней - 3,0 ммоль/л.

Биохимический анализ крови: общий белок - 51,0 г/л, билирубин: непрямой - 270 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, мочевина - 5,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, кальций ионизированный- 1,02 ммоль/л

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте предварительный Диагноз.
2. Проведите интерпретацию лабораторных показателей.
3. Какие дополнительные обследования необходимы для уточнения Диагноза?
4. Опишите механизм развития данного состояния у этого ребёнка?
5. Назначьте лечение.
6. Изложите план амбулаторного наблюдения пациента.

ДИАГНОЗ основной: *Ребенок, рожденный от матери с гестационным сахарным диабетом.*
Осложнения: *Преходящее метаболическое поражение ЦНС (гипогликемия), гипертрофическая кардиомиопатия (?). Полицитемия.*
Сопутствующий: *Недоношенность 35-36 недель. Множественные стигмы дизэмбриогенеза. Конъюгационная желтуха.*

ЗАДАЧА №25

Девочка И. рождена соматически здоровой молодой женщиной 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» 5 секунд. Рефлексы периода новорожденности угнетены. Мышечная гипотония. Выраженная бледность кожных покровов и слизистых. 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.

ДИАГНОЗ основной*: Постгеморрагическая анемия с острой кровопотерей.*

Осложнения: *Гиповолемический шок.*

Сопутствующий*: Тяжелая асфиксия новорожденного.*

ЗАДАЧА №26

Мальчик М., 3-х дней жизни, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок рожден молодой здоровой женщиной, от I беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во 2-ой половине беременности, не лечилась. Роды срочные, на 38 неделе с длительным безводным промежутком

– 18 часов. Закричал после аспирации слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2900 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. Проводилась оксигенотерапия.

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

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

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела 39,0°С. 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 мл: 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.
4. Проведите дифференциальный Диагноз.
5. Какова тактика лечения данного больного?
6. Изложите план амбулаторного наблюдения.

ДИАГНОЗ основной*: Внутриутробная инфекция. Врожденный листериоз. Гнойный менингит. Церебральная ишемия 2 степени, синдром угнетения.*

Сопутствующий: *Ребенок, маленький по массе тела к своему гестационному возрасту (асимметричный ЗВУР по гипотрофическому типу I степени).*

ЗАДАЧА №27

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. Роды на 38 неделе гестации, самопроизвольные. 1-ый 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°С. ЧД-48 в 1 мин. ЧСС- 135 в 1 мин. Вялый. Часто срыгивает створоженным молоком с кислым запахом, симптоматика уменьшается при вертикальном положении. Отмечается симптом «мокрой подушки». Задняя стенка глотки гиперемирована. Большой родничок 2,5х2,5 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. 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, эритроциты - $4,9x10^{12}$/л, Цв. п. - 1,0, лейкоциты - $10,8x10^{9}$/л, п/я - 7%, с/я - 56%, лимфоциты - 28%, моноциты - 9%, СОЭ - 5 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 105 мкмоль/л, прямой – 9,4 мкмоль/л, мочевина - 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.

***ДИАГНОЗ основной**: Физиологическая недостаточность кардии (?) Халазия кардии (?).*

***Сопутствующий**: Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Морфо-функциональная незрелость. Физиологическая желтуха.*

ЗАДАЧА №28

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 при обследовании в первом и втором триместре. В третий триместр обследование не проводилось. 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. 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 1см, 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: Hb – 110 г/л, эритроциты – $3{,}8 \times 10^{12}$/л, Цв. п. – 1,0, тромбоциты– $180{,}0 \times 10^{9}$/л, лейкоциты – $8{,}0 \times 10^{9}$/л, миелоциты – 7%, метамиелоциты – 2%, п/я – 8%, с – 38%, лимфоциты – 29%, моноциты– 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.

ДИАГНОЗ основной: *Ранний врожденный сифилис, манифестный (сифилитический ринит, сифилитическая пузырчатка);*

Осложнения*: Анемия средне-тяжелая;*

Сопутствующий: *Ребенок, малый к своему гестационному возрасту (симметричный ЗВУР III степени). Недоношенность, гестационный возраст 35-36 недель. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Синдром церебрального угнетения. Открытый артериальный проток (?).*

ЗАДАЧА №29

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

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

I-ая беременность закончилась медицинским абортом. Настоящая беременность II-ая. Роды самостоятельные, срочные на 39 неделе. 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, Эритроциты - 3,9х10^{12}/л, Цв.п. - 1,0; лейкоциты- 9,4х10^{9}/л, п/я - 7%, с/я - 53%; э - 1%, лимфоциты - 32%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови (на 2-ой день жизни): общий белок - 54,4 г/л, билирубин общий – 284 мкмоль/л, непрямой - 274мкмоль/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?

ДИАГНОЗ основной: *Гемолитическая болезнь новорожденного по АВО – системе, желтушно – анемическая форма.*

ЗАДАЧА №30

Первый врачебный патронаж к новорождённому ребёнку.

Мальчику 8 дней, родился от молодых родителей. Беременность I, протекала со среднетяжелой преэклампсией в 3-ем триместре беременности. Роды срочные, самостоятельные, наблюдалось нетугое обвитие пуповины вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар– 6/8баллов. Масса тела при рождении 3690 г, длина – 52 см. В начале 2 суток жизни появилась иктеричность кожи.

Группа крови матери 0(I) Rh(+), ребёнка 0(I), Rh(–).Концентрация билирубина в сыворотке крови на 2 день жизни: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 3,4мкмоль/л. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Вакцинация и неонатальный скрининг – проведены. Выписан из родовспомогательного учреждения на 7-е сутки с потерей массы тела 350 г.

При осмотре мать жалуется на недостаток молока, не докармливает. Ребёнок беспокоен, при крике часто вздрагивает, отмечается тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, мышечная дистония. Кожа и склеры иктеричны до 2 степени. Видимые слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 2,5×2,5 см, не выбухает. Малый родничок 0,5×0,5 см. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, при перкуссии–ясный лёгочный звук над всеми полями

лёгких. Тоны сердца достаточной громкости, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см. из-под края реберной дуги, селезёнка – у края рёберной дуги. Стул переходный Наружные половые органы, сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке.

ЗАДАНИЕ:

1. Предполагаемый Диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Механизмы развития желтухи в данном случае?
3. Какие профилактические прививки, в какие сроки должны быть проведены здоровому ребёнку в родовспомогательном учреждении?
4. Что включает понятие «неонатальный скрининг»?

ДИАГНОЗ основной: *Поздний период адаптации новорождённого. Коньюгационная желтуха новорождённых.*

ЗАДАЧА №31

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 оливковым 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 – у края реберной дуги. 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, эритроциты – $4{,}2 \times 10^{12}$/л, ретикулоциты – 6%, лейкоциты – $10{,}0 \times 10^{9}$/л, п/я – 6%, с/я – 49%, эозинофила – 1%, лимфоциты – 36%, моноциты – 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; мочевина – 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.

ДИАГНОЗ основной*: Гемолитическая болезнь новорожденных по АВО-изоиммунизации, желтушная форма.*

Осложнения*: Синдромом сгущения желчи.*

ЗАДАЧА №32

Ребенок С., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с Диагнозом: гнойный омфалит, церебральная ишемия II степени, недоношенность 36-37 недель.

Из анамнеза известно, что ребенок рожден молодой здоровой женщиной, от II беременности, протекавшей со средне-тяжелой преэклампсией в 3-ем триместре. I-ая беременность закончилась срочными родами. Данные роды II, преждевременные в 36 недель и 3 дня гестации путем операции кесарева сечения (брадикардия по КТГ). Масса тела при рождении 2600 г, длина тела 47 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. В первые сутки жизни потребовалась кислородотерапия в связи с развитием транзиторного тахипноэ. К груди приложен на вторые сутки. Первоначальная потеря массы тела составила 180 г, далее весовая кривая была положительной. Пуповинный остаток отпал на 4-й день, с 5 дня пупочная ранка мокла; на 7-й день появилось гнойное отделяемое из пупочной ранки. Для дальнейшего лечения ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных.

При поступлении состояние тяжёлое. Крик пронзительный. Двигательная активность снижена. Не сосет. Термолабилен. Температура тела 35,9°С. ЧД- 64 в 1 мин. ЧСС-176 в 1 мин. Голову запрокидывает. Ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5х2,5 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 0,8 мл/кг/час. Стул с большим количеством непереваренных комочков и примесью слизи.

Клинический анализ крови: Hb - 128 г/л, эритроциты - $3,5x10^{12}$/л, Цв. п. - 1,0, тромбоциты – 120,0 $x10^9$/л, лейкоциты – $4,7x10^9$/л, миелоциты – 2%, метамиелоциты – 6%, п/я - 10%, с/я - 12%, лимфоциты - 60%, моноциты – 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: СРБ – *26*,4 мг/л.

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

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
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.

ДИАГНОЗ основной: *Поздний неонатальный пупочный сепсис, острое течение, септикопиемия: гнойный менингит, пневмония.*

Осложнения: *Анемия средней степени тяжести смешанного генеза.*

Сопутствующий: *Недоношенность, гестационный возраст 36-37 недель. Открытый артериальный проток (ОАП). Транзиторное тахипноэ в анамнезе*

ЗАДАЧА №33

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 на 38 неделе, 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 эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в отделение патологии новорождённых.

Состояние ребёнка при поступлении средней тяжести. Рефлексы периода новорождёности вялые. Мышечный тонус снижен. При беспокойстве мелкоразмашистый тремор рук. Обильное лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Определяется кефалогематома 2,5 на 3,5 см. Кожные покровы иктеричные. 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, эритроциты - $4,4 \times 10^{12}$/л, тромбоциты - $310,0 \times 10^{9}$/л, лейкоциты - $9,9 \times 10^{9}$/л, п/я - 3%, с/я - 51%, лимфоциты - 38%, моноциты - 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	21″ (норма – 12-15″)
тромбиновое время	30″ (норма – 28-32″)

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 268 мкмоль/л, прямой – 8 мкмоль/л; мочевина - 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.

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: *Неонатальная желтуха.*

ЗАДАЧА №34

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 3250 г, длина тела 50 см, окружность головы 35 см, грудной клетки – 33 см. Оценка по шкале Апгар 3-6 баллов. 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 мм. рт.ст., pCO_2 – 78 мм.рт.ст., pH – 7,18, BE = -18 ммоль/л, AB – 8 ммоль/л, SB – 9 ммоль/л, BB – 19 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный Диагноз.
2. Опишите 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.

ДИАГНОЗ основной*: Асфиксия при рождении тяжелой степени.*

Осложнения: *Синдром аспирации мекония. ДН III степени.*