



ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ

Кафедра педиатрии ИПО

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАЧ
для итоговой аттестации клинических ординаторов
по специальности НЕОНАТОЛОГИЯ**

Задача №1.

Ребенок Д., 3 суток жизни. Масса тела ребенка при рождении 510 г, длина тела 31 см. Окружность головы 22 см. Окружность груди 20 см. При осмотре дыхание нерегулярное, втягивание мечевидного отростка грудины, подложечной области, межреберий, надключичных ямок. Оценка по шкале Апгар 3 балла, затем ИВЛ.

Из анамнеза: матери 35 лет. Течение настоящей беременности: наблюдалась в женской консультации с 8 недель, регулярно. I триместр: токсикоз, в 10 недель ОРВИ, симптоматическое лечение. В 12 недель угроза преждевременных родов, стационарное лечение. Во втором триместре подъемы АД до 180/10 мм рт. ст., стационарное лечение. Роды преждевременные в 23 недели, самостоятельные, околоплодные воды зеленые.

Лечение: в род зале введен сурфактант, в отделении реанимации: стартовая АБТ, профилактика апноэ метилксантинами, парентеральное питание (с трофическим грудным молоком), профилактика микотической инфекции.

Объективно: на осмотр хаотичная двигательная активность. Кожные покровы розовые. Дыхание – ИВЛ, проводится по всем полям, ЧД 54/мин. Тоны сердца ясные, систоло-диастолический шум по левому краю грудины, ЧСС 186/мин. Живот мягкий. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Мочеиспускание достаточное. Питание: полное парентеральное, трофическое грудным молоком по 1 мл на кормление.

По данным ЭХО-КГ при рождении: открытый артериальный проток 3,5*3,5 см, сброс лево-правый. Систолическая функция левого желудочка не нарушена. Открытое овальное окно 2 мм. Систолическое давление в легочной артерии 35 мм рт. ст.

В динамике через 48 часов по ЭХО-КГ: ОАП 3,5*3,5 см, сброс лево-правый, дилатация отделов сердца. Открытое овальное окно 2 мм. СДЛА 30 мм рт. ст.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз
2. Критерии диагноза
3. Факторы риска преждевременных родов
4. Назначьте лечение
5. Назначьте дополнительное обследование.

Задача №2.

Ребенок С. Масса тела при рождении 525 г, длина тела 29 см. Окружность головы 22 см. Окружность груди 20 см. При рождении дыхание нерегулярное, втягивание мечевидного отростка грудины, подложечной области, межреберий, надключичных ямок. Оценка по шкале Апгар 3 балла, затем ИВЛ.

Из анамнеза: матери 36 лет. Течение настоящей беременности: наблюдалась в женской консультации с 8 недель, регулярно. I триместр: токсикоз, в 10 недель ОРВИ, симптоматическое лечение. В 12 недель угроза преждевременных родов, стационарное лечение. Во втором триместре подъемы АД до 180/10 мм рт. ст., стационарное лечение. Роды преждевременные в 23 недели, самостоятельные, околоплодные воды зеленые.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Факторы риска преждевременных родов.
3. Назначьте лечение.
4. Назначьте обследование.
5. Рассчитайте потребности в жидкости, основных нутриентах и электролитах для полного парентерального питания.

Задача №3.

Девочка В., 11 сутки жизни. Масса тела 1120 г. Длина тела 35 см.

Из анамнеза: родилась при сроке гестации 27 недель, массой тела 990г, длиной тела 35 см, оценка по шкале Апгар 4/5 баллов. В раннем неонатальном периоде перенесла респираторный дистресс-синдром новорожденного, респираторная терапия НСРАР – 5 суток, далее – самостоятельное дыхание с подачей дополнительного кислорода через маску (по настоящее время).

На 11 сутки жизни резкое ухудшение в состоянии в виде снижения двигательной активности, бледность кожных покровов, температура тела 36,2 град С, дыхание неритмичное, аускультативно проводится по всем полям, хрипов нет, эпизоды десатурации до 80%. Тоны сердца приглушены, синусовая аритмия с ЧСС 110-180/мин. По левому краю грудины выслушивается грубый систоло-диастолический шум. Живот выраженно вздут, венозная сеть на передней брюшной стенке, контурируют петли кишечника, при пальпации болезненность во всех отделах. По желудочному зонду – зелень.

По ЭХО-КГ при рождении: ОАП 3,5*3,5 см, в динамике на 8 сутки ОАП 3,5*3,5 см, дилатация левых отделов сердца, назначены диуретики.

Задания к задаче:

1. Ваш диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое заболевание могло явиться фактором риска для развития основного заболевания?
4. Составьте план лечения.
5. Рассчитайте потребности в жидкости, основных нутриентах и электролитах для полного парентерального питания.

Задача №4.

Ваня, 1 месяц, находится в стационаре.

Из анамнеза известно, ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Живет в частном доме, есть кошка и собака. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период – 8 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни.

Дома ребенок был вялым, сосал по 30-60 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, для обследования ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы – 40 см, грудной клетки – 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный – на 0,2 см, большой родничок 4 × 4 см, выполнен, малый родничок - 0,5 × 0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка – на 1 см.

При осмотре офтальмологом выявлен хориоретинит.

Задания к задаче

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какие существуют пути инфицирования плода и новорожденного?
4. Какие изменения можно выявить при нейросонографии и чем они обусловлены?
5. Принципы лечения данного заболевания?

Задача №5.

Мальчик Т. был извлечен на 39-40 неделе беременности путем операции кесарево сечение, предпринятой без родовой деятельности в связи с рубцом на матке у женщины, страдающей ожирением и сахарным диабетом

беременных, который был диагностирован на 28-й неделе беременности, с помощью диеты уровень сахара в крови поддерживался в норме. Беременность вторая, протекала с умеренным повышением АД с 31-32 недели, отмечались отеки голеней, следы белка в моче, многоводие.

Масса тела ребенка 3800 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8 баллов. При осмотре отмечались диспропорциональное телосложение, ярко-розовая окраска кожи, периферический цианоз, пастозность, выраженное лануго. Через час после рождения у ребенка отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, появление тремора конечностей, повышенная возбудимость, приглушенность сердечных тонов, одышка до 70 в минуту. Живот округлой формы. Печень + 2,5 см из-под реберного края.

Задания к задаче:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое лабораторное обследование необходимо провести ребенку?
3. Многоводие является риском какой патологии у новорожденного?
4. Изменения в неврологическом статусе являются проявлением какого осложнения?
5. Показано ли введение курсурфа этому больному?

Задача №6.

Девочка Д., 4 дня, от первой беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Масса тела при рождении 3230 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена в родовом зале. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. На 4-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3120 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы умеренной степени иктеричности, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Желтый, кашицеобразный.

Общий анализ крови: гемоглобин – 176 г/л, эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: п/я – 2%, с – 42%, э – 6%, л – 45%, м – 5%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 52,4 г/л, билирубин: непрямой – 231 мкмоль/л, прямой – 16 мкмоль/л, АЛТ – 24 ед/л, АСТ – 29 ед/л, щелочная фосфатаза – 250 ед/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – 4-5 в п/з, цилиндры – нет, соли – кристаллы мочевой кислоты.

Задания к задаче

1. Дайте заключение по осмотру ребенка.
2. Оцените результаты общего анализа крови.
3. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?
4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?
5. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?

Задача №7.

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А (II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт. ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период – 6 часов 30 минут, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

При дополнительном обследовании: билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л. В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. Hb периферической крови, определенный по cito, 149 г/л.

Задания к задаче:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Как кормить ребенка?
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача №8.

Осмотрен мальчик в возрасте 16 дней с жалобами на повышение температуры. Ребенок от первородящей матери, лечившейся по поводу бесплодия в течение 3 лет. Роды произошли на 36-й неделе беременности, масса тела 2520 г, длина 44 см. Крик – после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Максимальная убыль массы тела – 8 % на 3-й день жизни. Восстановилась масса тела на 14-й день. Повышение температуры первый день.

Во время осмотра ребенок легко охлаждается. Крик слабый, поисковый рефлекс ослаблен, сосет медленно. После кормления из бутылочки через соску обильно срыгивает. Кожа лица и туловища желтушная. На спине и плечах пушковые волосы. Ушные раковины мягкие. Пупочная ранка под кровянистой корочкой, без воспалительной реакции. Пупочные сосуды не пальпируются. Внутренние органы без особенностей. Яички не опущены в мошонку. Мышечная гипотония.

Обследование: Клинический анализ крови: Эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $18 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: п/я – 7%, с/я – 45%, моноциты – 10%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 37%.

Общий анализ мочи: белок – 0,25 г/л, лейкоциты – 35 в п/зр, эритроциты – 3 в п/зр, соли – ураты в большом количестве.

Бактериурия – кишечная палочка – 10/6

Задания к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дайте оценку полученных анализов.
3. Какие дополнительные исследования Вы проведете?
4. Нуждается ли ребенок в назначении антибактериальных препаратов?
5. Какие антибиотики Вы назначите до получения антибиотикограммы

Задача №9.

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

Ребенок родился с массой тела 4500 г., длина тела 54 см. Закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Однократное нетугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Околоплодные воды зеленоватые. Плацента увеличена в размерах, рыхлая.

При осмотре в отделении новорожденных – состояние средней тяжести. На манипуляции реагирует вяло. Мышечный тонус снижен в правой руке. Безусловные рефлексы вызываются, снижен рефлекс Бабинского, Робинсона, хватательный. При пальпации ключиц справа определяется

припухлость, крепитация, правое надплечье короче левого, правую руку щадит.

Задания к задаче:

1. Поставьте диагноз.
2. Поясните причины выявленных изменений.
3. Какие мероприятия необходимо провести в родильном доме?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
5. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Задача №10.

Девочка Ж., 15 суток осмотрена эндокринологом в связи с неправильным строением наружных гениталий (клитор гипертрофирован, большие половые губы гипертрофированы с выраженной складчатостью). Умеренная пигментация ареол, белой линии живота, области половых органов. Сосёт активно, не срыгивает. Симптомов дегидратации и эксикоза нет. Стул без особенностей.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,9 ммоль/л, натрий - 142,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л.

Уровень 17-ОНП (неонатальный скрининг на наследственные заболевания) – 103 нмоль/л.

Кариотип: 46 XX, нормальный женский без числовых и структурных изменений.

Молекулярно-генетическое обследование: обнаружена мутация в гене CYP-21.

Задания к задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. К какому варианту надпочечниковой недостаточности относится указанное заболевание?
3. Тактика ведения.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Принципы диспансеризации детей с указанной патологией.