



Вы здесь: Педиатрия >> ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ >> Задачи по неонатологии педиатрия аккредитация

Задачи по неонатологии педиатрия аккредитация

Ситуационная задача 295 [K004005]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители мальчика 9 месяцев.

Жалобами на приступы в виде напряжения мышц со сгибанием туловища и конечностей ребёнка, регистрируются сериями по 10-15 приступов в каждую серию. В течение дня наблюдается до 10-20 серий.

Из анамнеза заболевания: в 7 месяцев появились приступы вышеописанного характера с частотой 3-5 раз в день, в течение месяца частота приступов увеличилась, появились серии до 10 раз в день по 10-15 приступов в каждой серии. С момента появления припадков ребёнок начал терять приобретенные навыки.

Из анамнеза жизни следует обратить внимание на отягощённый перинатальный период. Ребёнок от беременности, протекавшей на фоне **гестоза**, анемии, хронической фетоплацентарной недостаточности. Роды в срок путём операции кесарево сечение. Вес – 3250 г, рост – 50 см, окружность головы – 34 см. С рождения состояние средней степени тяжести за счёт неврологической симптоматики, **оценка по шкале Апгар** 4/5 баллов. Находился в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 5 суток в связи с угнетением сознания до сопора. При проведении УЗИ головного мозга в первые дни жизни данные за церебральную ишемию II степени. После стабилизации состояния из ОРИТ переведён в отделение патологии новорожденных, выписан с диагнозом «церебральная ишемия II ст., средней степени тяжести». Синдром угнетения. После выписки наблюдался у врача-педиатра, врача-невролога. Развивался с задержкой. Курсами

проводилась нейрометаболическая терапия, на фоне лечения медленная положительная динамика в плане развития.

Неврологический статус: на осмотр реагирует негативно, однократно зарегистрирована серия приступов по типу «инфантильных спазмов». Менингеальных симптомов нет. Голова правильной формы, большой родничок – 2×2 см, спокойный. Со стороны черепных нервов: глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакции сохранены D=S, нистагма и косоглазия нет. Лицо симметричное. Бульбарных нарушений нет, язык по средней линии. Двигательная активность – голову держит устойчиво, кистевой захват хороший D=S, при тракции за руки пытается приподняться, игрушку в руки берёт и держит, пытается переключать. Поворачивается со спины на живот, передвигается, подставляя руки и подползая, но не ползает, самостоятельно не сидит, не встает у опоры. Мышечный тонус удовлетворительный в верхних и нижних конечностях. Мало интересуется игрушками, эмоциональный фон снижен, отличает близких от чужих, поворачивает голову на невидимый источник звука, знает голос матери. Активная речь на уровне отдельных слогов, не реагирует на свое имя. Хорошо ест с ложки, снимая губами пищу.

Вопросы:

1. Оцените нервно-психическое развитие ребёнка.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования ребёнка.
5. Какова неотложная помощь на догоспитальном этапе при приступе у данного ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 297 [K004005]

1. До – 6 месяцев, Др – 6 месяцев, Ра – 6 месяцев, Рп – 6 месяцев, Н – 6 месяцев.

Заключение: нервно-психическое развитие IV группа, 3 степень.

2. Симптоматическая эпилепсия раннего детского возраста. Инфантильные спазмы (синдром Веста). Последствия церебральной ишемии II степени. Нервно-психическое развитие четвертая группа развития, третья степень.

3. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на приступы в виде инфантильных спазмов;
- данных об отягощенном перинатальном периоде (состояние после рождения средней степени с оценкой по шкале **Апгар** 4/5 баллов, пребывание в ОРИТ в течение 5 суток, определения церебральной ишемии II степени по данным УЗИ головного мозга в первые дни жизни);
- результатов проведенной оценки неврологического статуса (при осмотре зарегистрированы приступы, при оценке нервно-психического развития выявлено, что ребенок в возрасте 9 месяцев отстает на три эпилептичных срока по всем показателям).

4. Пациенту рекомендовано:

- проведение ЭЭГ-исследования для выявления патологических изменений, характерных для **эпилепсии**;

- УЗИ головного мозга для уточнения характера структурных изменений;
- консультация врача-невролога для уточнения диагноза, назначения специфической терапии, консультативного наблюдения.

5. Оставить противосудорожную терапию без изменений.

Продолжить динамическое наблюдение врачом-неврологом (коррекция противосудорожной терапии проводится врачом-неврологом).

Продолжить динамическое наблюдение врачом-педиатром участковым.

ЭЭГ-исследование по рекомендации врача-невролога.

Рекомендовать родителям вести «Дневник приступов»

Ситуационная задача 294 [K004003]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок 3 месяцев поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе. Ребёнок родился на 30 неделе беременности с массой 1800 г, длиной тела 43 см. Находится на искусственном вскармливании с первых дней жизни. С рождения беспокоили кишечные колики, срыгивания, в связи с этим получал лечебную смесь «Альфаре», затем безлактозную смесь. Состояние ухудшилось 3 дня назад после перевода ребёнка на **вскармливание** смесью «НАН — 1», появились боли в животе, метеоризм, рвота, жидкий, жёлтый, водянистый, без патологических примесей, пенистый стул с кислым запахом. Мать ребёнка не переносит молоко. Температура тела не повышалась. Аппетит сохранён.

Осмотр: ребёнок правильного телосложения, масса тела – 4250 г, рост – 52 см, кожные покровы чистые, слизистые обычной окраски. Большой родничок запавший. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. **ЧСС** – 120 ударов в минуту. Живот несколько вздут, пальпация по ходу кишечника болезненна, отмечается урчание. Стул 4 раза в сутки, пенистый, с кислым запахом.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, **эритроциты** – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, **лейкоциты** – $5,1 \cdot 10^9$

/л; п/я – 2%, с/я – 33%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 52%, моноциты – 10%,

СОЭ – 3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70 г/л, альбумины – 61%, холестерин – 5,8 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, кальций ионизир. – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Копрограмма: жёлтый, пенистый, водянистый, **лейкоциты** – 1-3 в поле зрения, мышечные волокна в большом количестве, растительная непереваренная клетчатка в большом количестве, крахмал — зёрна в большом количестве, рН кала – 4,5.

Посев кала на диз. группу и **сальмонелл** отрицательный.

Экскреция углеводов с калом – 2,5% (N – 0,25%).

Гликемические кривые после нагрузки. С глюкозой: натощак – 4,5 ммоль/л, через 30 минут – 4,8 ммоль/л, через 60 минут – 6,8 ммоль/л, через 90 минут – 5,6 ммоль/л. С лактозой: натощак – 4,3 ммоль/л, через 30 минут – 4,6 ммоль/л, через 60 минут – 4,8

ммоль/л, через 90 минут – 4,7 ммоль/л, через 120 минут – 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

УЗИ внутренних органов: при сканировании органов брюшной полости патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребёнка.
2. Предположите наиболее вероятный диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Назначьте правильную диету.
5. При каких условиях можно кормить ребёнка с данной патологией молочными продуктами или грудным молоком?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 296 [K004003]

1. Должественный рост у данного ребёнка с учётом недоношенности составляет 51 см, масса 3900 г, фактический рост 52 см, масса 4250 г, физическое развитие ребёнка соответствует возрасту.

2. Первичный синдром мальабсорбции: дисахаридазная (лактазная) недостаточность. Период выраженных клинических проявлений.

3. Диагноз «лактазная недостаточность» установлен на основании жалоб больного на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе, метеоризм, появившиеся после приёма в пищу лактозосодержащего продукта, данных анамнеза (недоношенность, хорошее самочувствие ребёнка на безлактозном питании, непереносимость молока матерью ребёнка).

Данные осмотра: вздутие живота, отсутствие симптомов **интоксикации**, характер стула, жидкий, жёлтый, водянистый, без патологических примесей, пенистый с кислым запахом, данных лабораторного обследования (рН кала 4,5, отсутствие признаков воспаления в крови и копрограмме, повышенная экскреция углеводов с калом, плоская гликемическая кривая при нагрузке лактозой).

Диагноз «первичная лактазная недостаточность», поставлен на основании генетического анамнеза (мать ребёнка не переносит молоко), однако для уточнения первичности лактазной недостаточности показано генетическое обследование.

4. **Вскармливание** ребёнка безлактозной смесью (НАН безлактозный по 125 мл через 3,5 часа), возможно сочетание безлактозной смеси с лактозосодержащей.

В 4,5 и 5,5 месяцев ввести прикормы, не содержащие молока. У детей второго полугодия возможно использование молочных продуктов, где содержание лактозы незначительно — творога (отмытого от сыворотки), сливочного масла, 3-суточного кефира или детских йогуртов (с 8 месяцев).

При первичной (конституциональной) лактазной недостаточности низколактозная диета назначается пожизненно.

При вторичной гиполактазии симптомы лактазной недостаточности являются транзиторными. Поэтому по достижении ремиссии через 1–3 месяца диету следует постепенно расширять, вводя содержащие лактозу молочные смеси, под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм) и экскреции углеводов с калом. После 6

месяцев возможно использование смесей на основе соевого молока.

5. Возможно применение молока (грудного, молока животных), если вместе с молоком применять препараты лактазы: Лактаза-беби, Лактазар, Лактаза Энзим. При естественном вскармливании (при гиполактазии) возможна также частичная замена грудного молока безлактозными смесями.

Ситуационная задача 262 [K003387]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Доношенный мальчик от второй беременности, протекавшей с угрозой прерывания во II–III триместре, хронической фетоплацентарной недостаточностью, по поводу чего мать находилась на стационарном лечении. Первая беременность закончилась спонтанным абортom на сроке 20 недель. Роды первые, оперативные в виду преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Околоплодные воды светлые. На 1 минуте: ЧСС – 60 ударов в минуту, спонтанное дыхание отсутствует после освобождения дыхательных путей от слизи, конечности свисают, на тактильные раздражители не реагирует, разлитая бледность кожных покровов.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребёнка по шкале **Апгар**. Укажите степень тяжести **асфиксии**.
2. Укажите факторы риска развития перинатальной гипоксии.
3. Укажите общие принципы лечения **асфиксии** новорождённого ребёнка.
4. Назначьте лечение данному больному.
5. Укажите последствия тяжёлой асфиксии в раннем неонатальном периоде

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 262 [K003387]

1. Ребёнок рождён в тяжёлой асфиксии, в состоянии гипоксического гиповолемического шока с оценкой по Апгар 1 балл.

2. Факторами, способствующими рождению ребёнка в состоянии тяжёлой асфиксии с признаками гипоксического гиповолемического шока, явились:

Методический центр аккредитации специалистов_Педиатрия_2018 г.

246

тяжёлая хроническая гипоксия плода, обусловленная отягощённым акушерским анамнезом, угрозой прерывания на поздних сроках беременности, развитием тяжёлой хронической фетоплацентарной недостаточности;

отслойка нормально расположенной плаценты, способствовавшая развитию острой гипоксии новорождённого ребёнка.

3. Общими принципами лечения асфиксии новорождённого ребёнка является проведение первичных реанимационных мероприятий, направленных на восстановление адекватного дыхания и поддержания кровообращения, предупреждение развития осложнений.

4. Ребёнку в данной ситуации необходимо было проведение начальных

мероприятий реанимации с соблюдением теплосберегающих технологий, санация дыхательных путей электроотсосом посредством интубации трахеи, ИВЛ мешком Амбу через интубационную трубку, непрямой массаж сердца, с последующей лекарственной терапией: для поддержания ОЦК- введение физиологического раствора в вену пуповины, при сохраняющейся брадикардии – введение адреналина.

5. Тяжелая **асфиксия** в раннем неонатальном периоде может сопровождаться развитием гипоксически-ишемических повреждений ЦНС с возможным развитием ДЦП; ишемической нефропатии; острой сердечной недостаточности; язвенно-некротического энтероколита, хронических заболеваний легких, может явиться причиной смерти в неонатальном периоде.

Ситуационная задача 261 [K003385]

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

Девочка Р. 5 дней родилась от первой беременности, протекавшей с лёгким токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина – 51 см. Закричала сразу, к груди приложена в течение 10 минут после рождения.

Состояние за время наблюдения в последующие дни оценивалось удовлетворительным.

Масса тела на 4 сутки составила 2951 г. На 5 сутки жизни появилось нагрубание молочных желёз, молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость.

Состояние ребёнка удовлетворительное, сосёт хорошо, активна, физиологические рефлекссы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. В лёгких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчётливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезёнка не пальпируется. Стул с неперевааренными комочками, прожилками слизи, примесью жидкости, учащён до 7–8 раз.

Общий анализ крови: гемоглобин – 186 г/л, **эритроциты** – $5,6 \cdot 10^{12}/л$, **лейкоциты** – $6,4 \cdot 10^9$

/л, лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 42%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 45%, моноциты – 7%, СОЭ – 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция кислая, удельный вес – 1004, эпителий плоский – много, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, **эритроциты** – 4–5 в поле зрения, соли – кристаллы мочевой кислоты, белок – отрицателен.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребёнка?
2. С чем связана физиологическая убыль массы тела ребёнка?
3. Оцените результаты общего анализа крови и общего анализа мочи. Необходима ли консультация врача-нефролога?
4. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

5. Чем объяснить увеличение молочных желёз? Необходима ли консультация врача-хирурга?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 261 [K003385]

1. Физиологическая убыль массы тела, милиа, половой криз в форме нагрубания молочных желез, транзиторный катар кишечника, транзиторное шелушение кожных покровов, мочекислый инфаркт.
2. Физиологическая потеря массы тела связана с недостаточным поступлением молока в первые дни жизни, что обусловлено становлением лактации на 3-4 день после родов и связано с гормональной активностью гипофизарной системы, потерей жидкости, с переходом на аэробный тип дыхания и потерей жидкости через кожу. Физиологическая убыль массы тела не должна превышать 6 – 8 % от первоначальной массы при рождении.
3. В анализе крови отмечается транзиторная полицитемия (повышенное содержание гемоглобина и эритроцитов), характерная для новорождённых детей. Формула крови отражает перекрест с равным количеством нейтрофилов и лимфоцитов, который отмечается на 4-5 день жизни. Изменения в анализах мочи характерны для мочекислового инфаркта и связаны с катаболической направленностью обменных процессов у новорождённых в первые дни жизни. Эти изменения проходят к концу 1 недели жизни и не требуют консультации врача-нефролога, так как являются парафизиологическим состоянием.
4. Изменение стула характеризует транзиторный катар кишечника, который связан с изменением характера питания, переходом на лактотрофный тип питания и раздражение кишечника жирами и белками молозива, заселением кишечника условно патогенной флорой, низкой кислотность желудочно-кишечного тракта. Данное состояние коррекции не требует. Стул становится гомогенным и однородным к концу 1-2 недели жизни.
5. Увеличение молочных желез отражает половой криз как у девочек, так и у мальчиков. Появление полового криза связано с освобождением организма новорождённого ребёнка от материнских эстрогенов. Обратное развитие наступает спустя 1-2 недели, специального лечения данное состояние не требует. Запрещается выдавливание секрета из молочных желез и обработка дезинфицирующими средствами. Дополнительной консультации врача-детского хирурга не требуется.

Ситуационная задача 260 [K003384]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик 1 суток жизни находится в родильном доме. Матери 25 лет, имеет группу крови A (?I) Rh-, настоящая беременность вторая, первая – закончилась абортom при сроке 9 недель. В женской консультации наблюдалась не регулярно. Роды срочные. Масса тела ребёнка – 3500 г, длина – 51 см, по шкале Апгар оценён на 7/8 баллов. Сразу при рождении отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины,

околоплодных вод. При первом осмотре врачом-педиатром участковым выявлено увеличение печени до 3 см, селезёнки +1,5 см.

Дополнительное обследование пуповинной крови определило содержание билирубина — 105 мкмоль/л, через 4 часа после рождения — 175 мкмоль/л, гемоглобин периферической крови, определённый по cito — 149 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое обследование следует провести ребёнку для уточнения диагноза?
3. Как должна была наблюдаться беременная в женской консультации?
4. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 260 [K003384]

1. В данном случае следует думать о врождённой желтушной форме гемолитической болезни новорождённого, обусловленной резус-конфликтом.
2. Для уточнения диагноза необходимо исследовать группу крови и резус фактор ребёнка, проведение пробы Кумбса, определение резус **антител** в сыворотке крови матери, почасовой прирост билирубина в сыворотке крови новорождённого.
3. Во время беременности резус отрицательные женщины должны ежемесячно контролировать титр антирезусных **антител** до 30 недель беременности, затем каждые 2 недели до родоразрешения.
4. Можно. Введением антирезусного иммуноглобулина до 28 недели беременности при отсутствии резус **антител** в сыворотке крови матери.
5. Данное заболевание следует дифференцировать с внутриутробными инфекциями (ЦМВИ), наследственными гемолитическими анемиями.

Ситуационная задача 231 [K003167]

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок К. от второй беременности, роды первые. Настоящей беременности предшествовали преждевременные роды на 24 неделе беременности, ребёнок погиб на 2 сутки жизни. В течение данной беременности отмечался **токсикоз** 1 половины, угроза прерывания беременности, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Проводилась пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома дексаметазоном. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути, продолжительность 1 периода — 4 часа 20 минут, 2 периода — 10 минут. Ребёнок родился с обвитием пуповины вокруг шеи с единичными вдохами, цианотичный. Родился при сроке 31 неделя беременности с массой тела 1700 г, длиной 41 см, с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. После проведения реанимационных мероприятий ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), помещён в кювез, продолжена СРАР

воздухом, начата в родильном зале. Сурфактант не вводился.

При поступлении в ПИТ: состояние тяжёлое. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа. Спонтанная двигательная активность угнетена, рефлекс орального автоматизма ослаблены. Поза с умеренным приведением ног и рук к телу. «Квадратное окно» запястья около 45°. Ответная реакция руки в виде сгибания в локтевом суставе на 90°. Подколенный угол составляет около 140°. Симптом «шарфа» – локоть находится между средней линией тела и противоположной подмышечной линией. При попытке приведения стопы к голове нет сгибания в коленном суставе, но и привести полностью ножку не удалось.

Кожные покровы розовые, чистые. Ушная раковина с неполным завиванием части ребра и мягким хрящом, легко сгибается и медленно возвращается в исходное положение. Грудной сосок отчётливо виден. Ареола намечена, грудная железа при пальпации менее 5 мм. Ногти достигают края пальцев, заметны по 2 глубокие складки поперёк передней трети стопы. На передней брюшной стенке видны вены с ответвлениями, волосяной покров распространённый. Пупочное кольцо без особенностей. При аускультации лёгких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы по всем полям, отмечается укорочение перкуторного звука. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Половые органы сформированы по женскому типу, выступающий клитор и широкая внутренняя половая губа. Анус сформирован, меконий отошёл в родильном зале.

Методический центр аккредитации специалистов_Педиатрия_2018 г.

247

Через 18 часов: сатурация 82–88%, состояние ухудшилось, появилось стонущее дыхание, асинхронные движения грудной клетки и живота при дыхании, заметное втяжение межрёберных промежутков, небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе, опускание подбородка на вдохе, рот открыт, пять эпизодов **апноэ** за последний час наблюдения. Кожа розовая, акроцианоз, не уменьшающийся при увеличении FiO₂ до 40%. В лёгких дыхание ослаблено, сохраняется множество крепитирующих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 110–120 ударов в минуту, пульс на локтевой артерии слабый, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Диурез 1,5 мл/кг/ч.

Общий анализ крови: Hb – 192 г/л; эритроциты – $4,4 \cdot 10^{12}$ /л; средний объём эритроцитов – 99 фемтолитров; лейкоциты – $11,4 \cdot 10^9$

/л, формула: эозинофилы – 0%,

палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 10%;

тромбоциты – $189 \cdot 10^9$

/л, ретикулоциты – 35%.

Уровень С-реактивного белка – норма.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с чёткими контурами.

Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH – 7,27, BE – 9,3, pCO₂ – 68 мм рт. ст., pO₂ – 37 мм рт. ст.

Глюкоза сыворотки крови – 2,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Укажите неблагоприятные факторы (факторы риска) анамнеза. К какой патологии они могли привести?
2. Проведите оценку состояния по шкале Сильвермана в возрасте 18 часов жизни. Проведите оценку нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду. Перечислите патологические состояния, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
3. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Укажите наиболее вероятные результаты, подтверждающие Ваш диагноз.
5. Оцените лечебные мероприятия, проводимые ребёнку. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 231 [K003167]

1. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез может привести к преждевременным родам, задержке внутриутробного развития.

Угроза прерывания, хроническая внутриутробная гипоксия, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия могут привести к преждевременным родам, утяжелению гипоксии плода, и острой асфиксии в родах.

Обвитие шеи плода пуповиной может привести к усугублению острой асфиксии в родах.

Быстрые роды – риск травматизации в родах.

2. Оценка по шкале Сильвермана 8 баллов, что говорит о тяжёлом синдроме дыхательных расстройств:

отсутствие синхронности грудной полости и живота при дыхании – 1 балл;

заметное втяжение межрёберных промежутков на вдохе – 2 балла;

небольшое втяжение мечевидного отростка грудины на вдохе – 1 балл;

опускание подбородка на вдохе, рот открыт – 2 балла; экспираторные шумы – 2 балла.

Оценка нервно-мышечной и физиологической зрелости по Болларду составила 17 баллов, что говорит о зрелости на 30-32 недели (что соответствует гестационному возрасту ребёнка):

кожа – 1 балл; лануго – 2 балла; поверхность подошв – 2 балла; грудь – 3 балла,

глаза/уши – 1 балл; гениталии – 1 балл; поза – 1 балл; «квадратное окно» – 2 балла;

возвращение рук – 1 балл; подколенный угол – 1 балл; признак «шарфа» – 1 балл;

приведение стопы к голове – 1 балл.

Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими состояниями:

ранний неонатальный **сепсис**;

врождённая **пневмония**;

синдром утечки воздуха;

223

врожденные пороки развития легких (аплазия/гипоплазия);

врожденная диафрагмальная грыжа;

врожденные пороки сердца «синего типа».

3. Основной: респираторный дистресс-синдром, тяжелый.

Осложнение: транзиторная гипогликемия.

Фон: недоношенность 31 недели.

4. Общий анализ крови – норма (отсутствие геморальной активности, анемии);

уровень С-реактивного белка – норма;

кислотно-основное состояние – компенсированный дыхательный ацидоз;

биохимический анализ крови -гипогликемия;

ультразвуковое исследование головного и спинного мозга – признаки отека головного мозга;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости – норма;

рентген органов грудной клетки – диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок, мелкие рассеянные тени с четкими контурами, отсутствуют признаки аспирации и инфильтрации, нет признаков дислокации органов брюшной полости в грудную полость);

электрокардиография – ритм синусовый, частота сердечных сокращений в норме или синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации;

эхокардиография – анатомически правильно сформированы сердце и крупные сосуды, возможно функционирование артериального протока без изменения внутрисердечной гемодинамики, открытое овальное окно.

5. **Первичная** реанимационная помощь в родильном зале оказана в полном объеме.

При переводе ребенка в ПИТ было показано введение Сурактатна 200 мг/кг, неинвазивным методом или методом INSURE. Показано было назначение энтерального питания сразу после поступления в ПИТ.

Учитывая нарастание дыхательной недостаточности, усугубление синдрома дыхательных расстройств (нарастание оценки до 8 баллов по шкале Сильвермана, дыхательная недостаточность III степени), показано интубация трахеи, повторное (в данном случае, первое) введение Сурфактанта 100 мг/кг.

Режим – охранительный, кювез с температурой 32-35 °С, влажностью воздуха 80%.

Начало неинвазивной искусственной вентиляции легких в режиме «нормовентиляции».

Инфузионная терапия из расчета физиологической потребности (80 мл/кг/с – суточный объем энтерального питания= (136 – 20 мл):24 часа = 4,8 мл/ч – скорость инфузии (раствор глюкоза 5%). Энтеральное питание сцеженным грудным молоком через зонд (капельное

Методический центр аккредитации специалистов_Педиатрия_2018 г.

224

введение, за 1 час).

Тактика ведения ребенка с гипогликемией: определение уровня глюкозы

сыворотки крови через 1 час и перед следующим кормлением. Если концентрация глюкозы менее 2,6 ммоль/л, то в/в введение глюкозы 10% 8 мл/кг (0,4-0,8 г/кг), затем

вновь перейти на постоянную в/в инфузию глюкозы 10% 4-8 мг/кг/мин, то есть 2,4-4,6 мл/кг/час. Определить уровень глюкозы через 30 минут инфузии.

Медикаментозная терапия:

Викасол 0,1 мг/кг (0,17 мл) – однократно,

Сурфактант 200 мг/кг (460 мг, эндотрахеально).

Ситуационная задача 229 [K003161] Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приеме мать с ребёнком 8 месяцев.

Ребёнок от шестой беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания второй половины и анемии, по поводу которой женщина получала Фенюльс по 1 капсуле в течение последних 1,5 месяцев, эффективность лечения не оценивалась. Роды на 38-39 неделе беременности, масса тела при рождении — 3100 г, длина тела – 50 см. Ребёнок с 3 месяцев на искусственном вскармливании коровьим молоком, картофельное пюре с 5 месяцев, каша манная на цельном коровьем молоке с 6 месяцев, мясо не получает.

Объективно: масса тела — 9 кг 300 г, рост — 70 см. Аппетит снижен. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Сухие и ломкие волосы, ногти ломкие с койлонихиями, ангулярный стоматит. При аускультации области сердца: тоны несколько приглушены, выслушивается систолический шум, не связанный с I тоном, мягкого тембра. ЧСС — 130 в минуту. Печень + 2 см, селезёнка — у края рёберной дуги, мягкие, эластичные. Стул ежедневно, моча жёлтая.

Анализ периферической крови: RBC — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 75 г/л, MCH — 21 пг, MCHC — 310 г/л, MCV — 76 фл, RDW — 23%, Ret -10%, PLT — $210 \cdot 10^9$

/л, СОЭ — 13 мм/ч, WBC —

$7,7 \cdot 10^9$

/л, эозинофилы — 3%, палочкоядерные нейтрофилы — 3%, сегментоядерные нейтрофилы — 31%, лимфоциты — 55%, моноциты — 8%.

Вопросы:

1. Оцените анамнез, выделите неблагоприятные факторы риска (причины развития данной патологии).
2. Выделите клинические синдромы. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте его.
3. Составьте план дополнительного лабораторного обследования. Укажите наиболее вероятные результаты лабораторных данных, подтверждающие Ваш диагноз.
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. Укажите критерии эффективности лечения данного заболевания

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 229 [K003161] 1. К неблагоприятным факторам риска относятся: — антенатальные: высокий номер беременности у матери, угроза прерывания

беременности, наличие у матери во время беременности дефицита железа, неадекватная коррекция дефицита железа у беременной («Фенюльс» содержит в 1 капсуле 45 мг Fe²⁺, что не соответствует минимальной терапевтической дозе для коррекции железодефицита);

— постнатальные: недостаточное поступление железа с пищей (ранний перевод на искусственное **вскармливание** коровьим молоком, нерациональное и неадекватное введение прикормов, отсутствие в рационе ребенка мясных продуктов).

2. Сидеропенический синдром (дистрофические изменения кожи и ее придатков в виде сухости кожи, ломкости ногтей, колонишей, атрофии слизистой с развитием ангулярного стоматита).

Анемический синдром (бледность кожи и слизистых, снижение аппетита, сердечно-сосудистые нарушения в виде приглушенности сердечных тонов и функционального систолического шума).

Диагноз: «железодефицитная анемия, средней тяжести».

Диагноз выставлен на основании наличия факторов риска, клинически наличия сидеропенического и анемического синдромов, лабораторных данных (снижение уровня гемоглобина до 75 г/л, снижение содержания гемоглобина в эритроците менее 27 пг, снижение насыщения эритроцита гемоглобином менее 320 г/л, снижение среднего объема эритроцитов менее 80 фл., повышена выраженность анизоцитоза более 14,5%).

Методический центр аккредитации специалистов_Педиатрия_2018 г.

220

3. Биохимический анализ крови: снижение уровня сывороточного железа (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферина железом (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина (менее 30 мкг/л).

4. В питании исключить из рациона ребенка цельное коровье молоко, заменить его на адаптированные смеси, содержащие железо не менее 0,9-1,3 мг/100 мл. Ввести мясной прикорм (говяжья печень, мясо кролика, конина, говядина, индейка), давать мясо с овощными или фруктовыми пюре. Исключить из рациона манную кашу.

Показано назначение препаратов железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса — **Мальтофер** по 5 мг/кг/сутки = 45 мг в сутки (по 9 капель ? 1 раз в сутки) на 4,5 месяца.

5. Критериями эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа являются:

— ретикулоцитарная реакция (на 7-10 день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается на 20-30% по сравнению с их количеством до начала лечения);

— повышение концентрации Hb к концу 4 недели лечения препаратами железа на 10 г/л и гематокрита на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения;

— исчезновение клинических проявлений заболевания через 1-1,5 месяца от начала лечения препаратами железа;

— нормализация концентрации сывороточного ферритина более 30 мкг/л через 3-6 месяцев (в зависимости от степени тяжести анемии), что свидетельствует о восполнении

депо железа.

