Ситуационные задачи

Неонатология

medkeys.ru/product/neonatolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мать с ребёнком в возрасте 3 недель жизни обратилась в связи с сохраняющейся желтухой, которая приобрела зеленоватый оттенок, эпизодами ахоличного стула, насыщенно желтого цвета мочи. Прибавка в весе за 3 недели составила 105 г.

Соматический, гинекологический и акушерский анамнез матери
Соматической анамнез: не отягощён.
Гинекологический анамнез: не отягощён.
Акушерский анамнез: данная беременность – 1-я.
I-й триместр – без особенностей, II-й триместр – угроза прерывания, III-й триместр – ОРВИ в 35 недель.

Анамнез жизни ребенка
Доношенная девочка у женщины 28 лет от первых своевременных физиологических родов на сроке 38 недель. Состояние после рождения удовлетворительное, оценка по Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2500 г, длина 50 см. Желтуха появилась на 2 сутки жизни, расценивалась как физиологическая. После рождения стул мекониальный. В родильном доме проведены вакцинация против гепатита В и туберкулеза; неонатальный скрининг взят, аудиоскрининг пройден. Ребенок выписан из родильного дома на 3 сутки жизни под наблюдение участкового педиатра. В течение первого месяца жизни желтуха постепенно нарастала, к возрасту 3 недель жизни появились эпизоды обесцвеченного стула преимущественно в утреннее время. Вскармливание – грудное.

Объективный статус
Возраст – 3 недели жизни. Отмечаются фенотипические особенности в виде глубокопосаженных глаз, широкого выступающего лба, выступающего подбородка и оттопыренных ушных раковин. Кожный покров иктеричный с зеленоватым оттенком, сыпи нет. Склеры иктеричные с зеленоватым оттенком. Пупочная ранка эпителизирована. Неврологический статус: реакция на осмотр адекватная, двигательная активность в полном объеме, рефлексы новорожденных вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Аускультативно: дыхание проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Систолический шум на верхушке. Периферическая пульсация симметричная, сохранена. Живот мягкий, печень +2,5 см по передней подмышечной линии, + 3 см по срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Анус сформирован правильно. Стул при осмотре ахоличный, кашицеобразный, без патологических примесей. Половые органы развиты по женскому типу. Мочеиспускание не нарушено, моча темно-желтая.

К необходимым лабораторным исследованиям для постановки диагноза относят

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом на основании данных анамнеза и полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных является

Диагноз

Характерным для синдрома Алажилль изменением при морфологическом исследовании биоптата печени считается

- формирование ложных долек с внутриклеточным скоплением железа
- гипоплазия внутрипеченочных желчных протоков
- макровезикулярный стеатоз гепатоцитов
- пролиферация желчных протоков

При офтальмологическом исследовании, характерным для синдрома Алажилль изменением является

- гнойный коньюнктивит
- глаукома
- ретинопатия недоношенных
- эмбриотоксон

Для синдрома Алажилль характерно сочетание не менее _____ основных признаков

- двух из трех
- трех из пяти
- трех из семи
- двух из семи

Проведение дифференциальной диагностики синдрома Алажилль необходимо с

- синдромом Криглера-Найара 1 типа
- наследственной гемолитической анемией, обусловленной дефицитом глюкоза-6-ф-ДГГ
- билиарной атрезией
- гемолитической болезнью новорожденных

Подтверждением диагноза является результат молекулярно-генетического исследования, выявляющий

- частичную делецию короткого плеча 20 хромосомы [20p11-12] где локализуется Jagged1 (JAG1) ген и/или мутацию в NOTCH2 гене

- мутацию различных транскрипционных факторов, участвующих в онтогенезе гипофиза
- мутацию в гене, локализующимся во 2 хромосоме (2q24)
- мутацию в гене NPC1

При формировании цирроза печени методом лечения является

- хирургическая коррекция «гепатопортоэнтеростомия по Касаи»
- антибиотикотерапия препаратами широкого спектра
- трансплантация печени
- хирургическая коррекция «операция Ледда»

Важным лечебным мероприятием, направленным на улучшение показателей физического развития ребенка с синдромом Алажилль является

- дополнительное питание, обеспечивающее повышение суточного калоража
- дополнительное применение водорастворимых витаминов
- лечебное питание на основе глубокого гидролиза белка
- лечебное питание с повышенным содержанием среднецепочечных триглицеридов

Патогенетическую терапию синдрома Алажилль составляет

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ибупрофен
- экстракт листьев артишока
- урсодезоксихолевая кислота

При синдроме Алажилль прогноз определяется

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ибупрофен
- экстракт листьев артишока
- урсодезоксихолевая кислота

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В перинатальном центре города N 1сентября 2018 года родился недоношенный мальчик у матери 38 лет. От 2 преждевременных экстренных оперативных родов путем кесарева сечения на сроке гестации 36 недель, в связи с отслойкой плаценты. Околоплодные воды окрашены кровью. Кровопотеря у женщины во время операции 1000 мл. Пуповина без особенностей.

Вы врач неонатолог.

В родильном блоке потребовалась стабилизация состояния ребенка: искусственная вентиляция легких (ИВЛ) маской. Учитывая сохранение брадикардии, ребенок

интубирован, дотация дополнительного O~2~ до 45%. В транспортном инкубаторе на ИВЛ переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Оценка по Апгар 5/7 баллов.
Масса тела при рождении 2490 г, длина 47 см, окружность головы 36 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери A(II) вторая, Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – кесарево сечение, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность – 2009 год – индуцированный поздний выкидыш на 21 неделе, вакуум-аспирация; 3-я беременность 2011 – антенатальная гибель плода на 28 неделе; 4-6 беременности – неразвивающиеся на сроках 5-8 недель; 7-я беременность – данная: I-й триместр – угрожающий выкидыш, II-й триместр – обострение хронического цистита, антибактериальная терапия цефазолином, III-й триместр – легкая анемия, принимала препараты железа.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минут жизни.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной терапии - ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде – до 45%. ЧСС = 178-186 уд/мин, SpO~2~ ~ = 93-96%, АД = 42/26/30 мм.рт.ст. В микроклимате кувеза. Кожа бледная, чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, бледно-розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна более 4 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность снижены, рефлексы новорожденных вызываются, нестойкие, симметричные. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Аппаратное дыхание проводится равномерно во все отделы легких, крупнопузырчатые хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. С рождения тахикардия, до 186 ударов в минуту. Периферическая пульсация симметричная, ослабленная. Артериальное давление снижено. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого без патологического отделяемого. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ибупрофен
- экстракт листьев артишока
- урсодезоксихолевая кислота

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ибупрофен
- экстракт листьев артишока
- урсодезоксихолевая кислота

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ибупрофен
- экстракт листьев артишока
- урсодезоксихолевая кислота

Диагноз

В данной ситуации причиной постгеморрагической анемии является

- отслойка плаценты с фето-плацентарной трансфузией
- кровоизлияние во внутренние органы у новорожденного
- кровоизлияние в головной мозг у новорожденного
- фето-материнская трансфузия, развившаяся спонтанно

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение трансфузии криопреципитата
- назначение препарата витамина А
- назначение волюм-эспандерной терапии с последующим проведением трансфузии эритроцитсодержащего компонента крови
- назначение препаратов железа

В данной клинической ситуации с целью лабораторной оценки эффективности проведенного лечения ранней анемии недоношенных (гемотрансфузии) необходимо определение уровня

- калия в биохимическом анализе крови
- гемоглобина, гематокрита в клиническом анализе крови
- билирубина в капиллярной крови
- тромбоцитов в клиническом анализе крови

При данной клинической ситуации к признакам декомпенсации состояния ребенка относят

- бледность кожи
- бледность видимых слизистых
- крупнопузырчатые хрипы в легких при аускультации
- потребность в проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

Согласно правилам проведения трансфузии (переливания) донорской крови до проведения трансфузии необходимо

- провести пробу на индивидуальную совместимость
- провести ребенку экстренную вакцинацию против гепатита В
- ввести ребенку иммуноглобулин человеческий внутривенно
- провести ребенку очистительную клизму

При ухудшении состояния новорожденного во время или после трансфузии рекомендуется исследование в крови уровня

- калия
- железа
- аммиака
- натрия

В данной ситуации предпочтительно провести гемотрансфузию в объеме

- 5 мл/кг
- 15 мл/кг
- рассчитанный по формуле
- 10 мл/кг

Во время гемотрансфузии и как минимум в течение 2 часов после, новорожденному рекомендуется контроль

- биоэлектрической активности головного мозга
- диуреза
- положения тела
- содержимого желудка

Рекомендуемая длительность трансфузии не более +_____+ часов

- биоэлектрической активности головного мозга
- диуреза
- положения тела
- содержимого желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В перинатальном центре города N родился недоношенный мальчик у матери 35 лет от первых преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения на сроке гестации 29 недель. В родильном блоке потребовалась стабилизация состояния: респираторная терапия методом CPAP маской с дотацией дополнительного O~2~ до 45%. С заместительной целью, учитывая дыхательные нарушения до 4 баллов по Сильверман в родильном блоке введен Сурфактант в дозе 200 мг/кг малоинвазивным методом. В транспортном инкубаторе на неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов.
Масса тела при рождении 1090 г, длина 37 см, окружность головы 26 см.
Динамика состояния ребенка за период наблюдения:
В настоящее время возраст ребенка 22 сутки жизни. Наблюдается с 1 суток жизни по настоящее время в ОРИТ. Вы врач неонатолог.
С 1 суток жизни по настоящее время ребенку проводится неинвазивная респираторная терапия. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильверман. Показатели гемодинамики оставались стабильными. Энтеральное питание начато с 6 часов жизни в трофическом объеме. Полное парентеральное питание проводилось до 2 суток жизни, частичное парентеральное питание с 3 до 10 суток жизни, с 11 суток жизни полное энтеральное питание, в настоящее время усваивает фортифицированное грудное молоко в объеме 170 мл/кг/сутки через желудочный зонд капельно, не срыгивает.
Патологической неврологической симптоматики за период наблюдения не отмечалось.
Осмотрен в плановом порядке окулистом, неврологом – патологии не выявлено.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0(I) первая, Rh - отрицательная.
Гинекологический анамнез: эндометрит с 2010 г.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – неразвивающаяся;
2-я беременность – 2009 год – индуцированный поздний выкидыш на 21 неделе, вакуум-аспирация; 3-я беременность 2011 год – антенатальная гибель плода на 28 неделе; 4-6 беременности – неразвивающиеся на сроках 5-8 недель; 7-я беременность – данная: I-й триместр – угрожающий выкидыш, II-й триместр – обострение хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия цефазолином, III-й триместр – в 25 недель истмико-цервикальная недостаточность, наложение швов на шейку матки. Профилактика респираторного дистресс синдрома плода проведена.

Объективный статус
Возраст – 22 сутки жизни. Масса тела 1256 г, длина 38 см, окружность головы 27,2 см. Состояние ребенка тяжелое. На неинвазивной ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде – до 25%. ЧД = 60/мин, ЧСС = 168-172 уд/мин, SpO~2~= 93-96%, АД = 59/36/40 мм.рт.ст. В микроклимате кувеза. Кожа бледная, на передней поверхности кожи левого бедра в верхней трети гемангиома размером 0,5 на 0,5 см, розового цвета, не выступает над поверхностью кожи. Видимые слизистые чистые, блестящие, бледно-розовые, увлажнены. Отмечается умеренная пастозность голеней, стоп. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно снижены, рефлексы

новорожденных вызываются, нестойкие, симметричные. Поза полуфлексии, мышечный тонус умеренно снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Шум не выслушивается. Непостоянная тахикардия, преимущественно при кормлении до 178 ударов/минуту. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика активная. Энтеральное питание грудным молоком в объеме 170 мл/кг/сутки через желудочный зонд капельно, усваивает. Стул, диурез без особенностей. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.
С целью контроля проводилось исследования маркеров воспаления – маркеры отрицательные, данных за течение воспалительного процесса не получено.
Ребенок наблюдается в настоящее время с клиническим диагнозом: Основной: Врожденная пневмония (реконвалесцент). Сопутствующий: Межпредсердное сообщение. Гемангиома на коже бедра слева. Гипербилирубинемия недоношенных в анамнезе. Очень низкая масса тела. Недоношенность.

Необходимым лабораторным методом обследования с целью уточнения диагноза является

- биоэлектрической активности головного мозга
- диуреза
- положения тела
- содержимого желудка

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования с целью уточнения диагноза является

- биоэлектрической активности головного мозга
- диуреза
- положения тела
- содержимого желудка

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- биоэлектрической активности головного мозга
- диуреза
- положения тела
- содержимого желудка

Диагноз

В данной ситуации такие клинические признаки, как бледность кожи и видимых слизистых, тахикардия, относятся к проявлениям

- приобретенной цитомегаловирусной инфекции
- сердечной недостаточности
- ранней анемии недоношенных
- поздней анемии недоношенных

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- назначение препаратов витамина А
- проведение волюм-эспандерной терапии
- назначение препарата витамина К
- назначение трансфузии эритроцитсодержащего компонента крови

В данной клинической ситуации с целью лабораторной оценки эффективности проведенного лечения ранней анемии недоношенных (гемотрансфузии) необходимо определение уровня

- общего кальция в биохимическом анализе крови
- тромбоцитов в клиническом анализе крови
- билирубина в капиллярной крови
- гемоглобина, гематокрита в клиническом анализе крови

С противоанемической целью в данной клинической ситуации может быть назначен препарат

- витамина В~6~
- витамина К
- витамина В~12~
- рекомбинантного человеческого эритропоэтина

Согласно правилам перед началом трансфузии (переливания) донорской крови необходимо

- ввести ребенку иммуноглобулин человеческий внутривенно
- провести пробу на индивидуальную совместимость
- отменить энтеральное питание, перевести ребенка на полное парентеральное питание
- провести ребенку экстренную вакцинацию против вирусного гепатита В

При терапии рекомбинантным человеческим эритропоэтином необходимо назначение препаратов железа в дозе +_____+ мг/кг/сутки

- 5-6

- 1-2
- 9-12
- 3-4

В данной ситуации предпочтительно провести гемотрансфузию в объеме +_____+ мл/кг

- 5
- 28
- 15
- 25

При терапии рекомбинантным человеческим эритропоэтином необходимо назначение препаратов

- витамина B~6~
- витамина B~12~
- витамина A
- железа в лечебной дозе

Для профилактики развития железодефицитного состояния недоношенным новорожденным очень и экстремально низкой массы тела при рождении показано назначение препаратов железа с +____+ недели жизни

- витамина B~6~
- витамина B~12~
- витамина A
- железа в лечебной дозе

Условие ситуационной задачи

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери A (II) вторая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: курила до 17 недели гестации.
Акушерский анамнез: I триместр: ранний токсикоз. Пренатальный скрининг I триместра: норма. II триместр: вульвовагинит. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных. Общая прибавка в весе: 18 кг.

Объективный статус
Возраст ребенка – 1 час жизни.
ЧСС = 168 уд/мин, ЧД 80 в минуту SpO~2~ = 90-91%, АД = 61/33/45 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ -0,4. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных

изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании умеренные втяжения грудины, межреберий. Тахипноэ до 80 в минуту. Аускультативно дыхание стонущее, ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- витамина B~6~
- витамина B~12~
- витамина A
- железа в лечебной дозе

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- витамина B~6~
- витамина B~12~
- витамина A
- железа в лечебной дозе

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- витамина B~6~
- витамина B~12~
- витамина A
- железа в лечебной дозе

Диагноз

У данного пациента необходимо оценить симптомы дыхательных нарушений по шкале

- Апгар
- Фентона
- Белл
- Доунс

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует +_____+ течению

- легкому
- среднетяжелому
- тяжелому
- манифестному

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- перевод на искусственную вентиляцию легких
- проведение плевральной пункции
- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- проведение очистительной клизмы

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- внутривенное введение иммуноглобулина человеческого
- применение кортикостероидов
- лечебно-охранительный режим
- лаваж трахеобронхиального дерева физиологическим раствором до чистых промывных вод

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- гипертрофия миокарда с обструкцией выходного тракта левого желудочка
- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- бронхолегочная дисплазия
- геморрагическая болезнь новорожденных

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония состоит из

- монотерапии защищенным пенициллином
- комбинации ампициллин + аминогликозид
- монотерапии ампициллином
- комбинации ванкомицин + цефоперазон + сульбактам

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления

- после отмены респираторной терапии
- через 10 дней
- через 7 дней

Интубация и санация трахеи в родильном зале новорожденного с околоплодными водами, содержащие меконий, проводится

- только после оценки по шкале Доунс
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только при наличие околоплодных вод с густым меконием
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- только после оценки по шкале Доунс
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только при наличие околоплодных вод с густым меконием
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете в перинатальном центре города N. 21 июля 2019 года родился доношенный мальчик у матери 29 лет от 1 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 3582 г, длина 52 см, окружность головы 42 см. Воды мекониальные. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок был интубирован, проведена санация трахеи, получен меконий в небольшом количестве. Дыхание восстановилось, далее, учитывая умеренно выраженные дыхательные нарушения, требовал проведения респираторной поддержки с положительным давлением в конце выдоха (CPAP) маской.
В транспортном инкубаторе на мононазальном CPAP ребенок был доставлен в ОРИТН.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: курила до 16 недели гестации.
Акушерский анамнез: I триместр - ранний токсикоз. Пренатальный скрининг I триместра: норма. II триместр: анемия беременных, истмико-цервикальная недостаточность (акушерский пессарий). III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус

Возраст ребенка – 2 часа жизни.
ЧСС = 170 уд/мин, ЧД 77 в минуту SpO~2~ = 90-92%, АД = 62/33/46 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ -0,35. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании умеренные втяжения грудины, межреберий. Тахипноэ до 80 в минуту. Аускультативно дыхание стонущее, ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- только после оценки по шкале Доунс
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только при наличие околоплодных вод с густым меконием
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- только после оценки по шкале Доунс
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только при наличие околоплодных вод с густым меконием
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- только после оценки по шкале Доунс
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только при наличие околоплодных вод с густым меконием
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии

Диагноз

У данного пациента необходимо оценить симптомы дыхательных нарушений по шкале

- Дубовица
- Апгар
- Болларда
- Доунс

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует
+_____+ течению

- легкому
- среднетяжелому
- тяжелому
- торпидному

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- перевод на искусственную вентиляцию легких
- эндотрахеальное введение адреналина
- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- проведение волюмэспандерной терапии

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- трансфузия свежезамороженной плазмы
- фототерапия
- проведение терапевтической гипотермии
- антибактериальная терапия

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- вентрикулодилятация
- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- асцит
- бронхолегочная дисплазия

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония состоит из

- монотерапии цефалоспорином II поколения
- монотерапии ампициллином
- комбинации ампициллин + аминогликозид
- комбинации ванкомицин + гентамицин

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- при отсутствии потребности в респираторной поддержке
- через 14 дней
- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления
- через 10 дней

К профилактике мекониальной аспирации относится

- назначение анитибактериальной терапии во время беременности
- профилактика перенашивания
- установка акушерского пессария
- введение иммуноглобулина во время беременности

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- назначение анитибактериальной терапии во время беременности
- профилактика перенашивания
- установка акушерского пессария
- введение иммуноглобулина во время беременности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы работаете в перинатальном центре города N. 15 августа 2019 года родилась доношенная девочка у матери 27 лет. От 1 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 4230 г, длина 53 см, окружность головы 37 см. Водымекониальные. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. При рождении дыхание регулярное с умеренным втяжением грудины, удовлетворительный мышечный тонус. Оказана базовая помощь новорожденному в родильном зале. В динамике сохраняется умеренное втяжение грудины, ослабление проведения дыхания в легких. Ребенок переведен в палату интенсивной терапии под наблюдение.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери А (II) вторая, Rh (-) отрицательная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: отрицает.
Акушерский анамнез: I триместр: ранний токсикоз.Пренатальныйскрининг I триместра: норма. II триместр:вульвовагинит. В 25 недель по данным УЗ-скрининга плацентарная недостаточность. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус

Возраст ребенка – 1 час жизни.
ЧСС = 160 уд/мин, ЧД 70 в минуту SpO~2~ = 90-91%, АД = 58/31/43 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ 0,3. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании легкое втяжение грудины. Тахипноэ до 60 в минуту. Аускультативно дыхание несколько ослабленное, проводится во все отделы легких, симметрично, выслушивается умеренное количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- назначение анитибактериальной терапии во время беременности
- профилактика перенашивания
- установка акушерского пессария
- введение иммуноглобулина во время беременности

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- назначение анитибактериальной терапии во время беременности
- профилактика перенашивания
- установка акушерского пессария
- введение иммуноглобулина во время беременности

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- назначение анитибактериальной терапии во время беременности
- профилактика перенашивания
- установка акушерского пессария
- введение иммуноглобулина во время беременности

Диагноз

У данного пациента необходимо оценить симптомы дыхательных нарушений по шкале

- Белл
- Доунс
- _Sarnat_
- Фентона

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует
+_____+ течению

- легкому
- манифестному
- тяжелому
- среднетяжелому

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- отмена респираторной терапии
- продолжение респираторной терапии под постоянным положительным давлением (CPAP)
- перевод на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- гормональная терапия
- лечебно-охранительный режим
- противосудорожная терапия
- гемотрансфузионная терапия

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- аспирационная пневмония и сепсис
- перфорация кишечника
- холестаз

- кровоизлияние в надпочечник

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония включает

- комбинацию линезолид + метронидазол
- монотерапию защищенным пенициллином
- комбинацию ампициллин + аминогликозид
- монотерапию гентамицином

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления
- через 10 дней
- после отмены респираторной терапии
- через 5 дней

Одним из осложнений синдрома аспирации мекония является

- внутричерепное кровоизлияние
- шок
- гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток
- пневмоторакс

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- внутричерепное кровоизлияние
- шок
- гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток
- пневмоторакс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы работаете в перинатальном центре города N. 21 июля 2019 года родился доношенный мальчик у матери 29 лет. От 3 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 3582 г, длина 52 см, окружность головы 35 см. Воды мекониальные. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок были нтубирован, проведена санация трахеи, получен меконий в большом количестве. Дыхание оставалось нерегулярным, продолжена ИВЛ через интубационную трубку.

В транспортном инкубаторе на ИВЛ ребенок был доставлен в ОРИТН.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Вредные привычки: отрицает
Гинекологические заболевания матери: отрицает
Акушерский анамнез матери: 1 беременность – самопроизвольный полный выкидыш в 5-6 недель, без выскабливания, без особенностей; 2 беременность - своевременные роды, девочка, здорова; 3 беременность - данная, наступила самостоятельно.
I триместр: ранний токсикоз.
II триместр:вульвовагинит, на сроке 22 недели - угрожающий поздний выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж.
III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных. Общая прибавка в весе: 22 кг.

Объективный статус
Возраст ребенка – 2 часа жизни.
ЧСС = 170 уд/мин, ЧД аппаратное 45 в минуту SpO~2~ = 90-92%, АД = 62/33/46 мм.рт.ст. Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом традиционной ИВЛ с параметрами с FiO~2~ -0,6, PIP – 25см.вод.ст., peep +5, Fr 45, MAP 12 см.вод.ст. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, вздута. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- внутричерепное кровоизлияние
- шок
- гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток
- пневмоторакс

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- внутричерепное кровоизлияние
- шок
- гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток
- пневмоторакс

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- внутричерепное кровоизлияние
- шок
- гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток
- пневмоторакс

Диагноз

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует
+_____+ течению

- легкому
- манифестному
- среднетяжелому
- тяжелому

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- заменное переливание крови
- назначение кортикостероидов
- перевод на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких
- дренирование плевральной полости

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- антибактериальная терапия
- терапия эритропоэтином
- лаваж трахеобронхиального дерева физиологическим раствором до чистых промывных вод
- трансфузия свежезамороженной плазмы

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- стеноз митрального клапана
- аспирационная пневмония и сепсис

- бронхолегочная дисплазия
- тяжелое антенатальное геморрагически-ишемическое поражение ЦНС

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония включает

- комбинацию ампициллин + аминогликозид
- монотерапию цефалоспорином II поколения
- монотерапию ампициллином
- комбинацию ванкомицин + меропенем

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- через 14 дней
- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления
- через 10 дней
- при отсутствии потребности в респираторной поддержке

Интубация и санация трахеи в родильном зале новорожденного с околоплодными водами, содержащие меконий, проводится

- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только при оценке по шкале Апгар на 1 минуте 1-3 балла
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только при наличии околоплодных вод с густым меконием

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- неонатальной пневмонией
- аденоматозной трансформацией легкого

При проведении ИВЛ у ребенка с синдромом аспирации мекония рекомендуется

- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- неонатальной пневмонией
- аденоматозной трансформацией легкого

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы работаете в перинатальном центре города N. 11 ноября 2019 года родилась доношенная девочка у матери 46 лет от 3 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 3682 г, длина 52 см, окружность головы 36 см. Водымекониальные. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок былинтубирован, проведена санация трахеи, полученмеконий в большом количестве. Дыхание оставалось нерегулярным, продолжена ИВЛ через интубационную трубку.

Втранспортном инкубаторенаИВЛ ребенок был доставлен в ОРИТН.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери АВ (IV) четвертая, Rh (+) положительная.

Вредные привычки: алкогольная зависимость, регулярно проходит лечение.

Гинекологические заболевания матери: отрицает

Акушерский анамнез матери: 1 беременность – самопроизвольный полный выкидыш в 7-8 недель, без выскабливания, без особенностей; 2 беременность - своевременные роды, девочка, здорова; 3 беременность - данная, наступила самостоятельно.

I триместр: ранний токсикоз.

II триместр:вульвовагинит, на сроке 22 недели - угрожающий поздний выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж,

III триместр: артериальная гипертензия. Общая прибавка в весе: 17 кг.

Объективный статус

Возраст ребенка – 1,5 часа жизни.

ЧСС = 170 уд/мин, ЧД аппаратное 45 в минуту SpO~2~ = 90-92%, АД = 64/38/49 мм.рт.ст. Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом традиционной ИВЛ с параметрами с FiO~2~ -0,8, PIP – 23см.вод.ст., peep +5, Fr 50, MAP 11 см.вод.ст. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, вздута. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по женскому типу.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- неонатальной пневмонией
- аденоматозной трансформацией легкого

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- неонатальной пневмонией
- аденоматозной трансформацией легкого

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- неонатальной пневмонией
- аденоматозной трансформацией легкого

Диагноз

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует +_____+ течению

- фульминантному
- среднетяжелому
- легкому
- тяжелому

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- перевод на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких
- проведение волюмэспандерной терапии
- внутривенное введение дексаметазона
- назначение ингаляций с бронходилятаторами

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- выполнение плевральной пункции
- лаваж трахеобронхиального дерева физиологическим раствором до чистых промывных вод
- антибактериальная терапия
- внутривенное введение иммуноглобулина человеческого

При проведении ИВЛ у ребенка с синдромом аспирации мекония рекомендуется

- трансфузия свежезамороженной плазмы
- проведение медикаментозной синхронизации с аппаратом ИВЛ при наличии показаний
- терапия низкомолекулярными гепаринами
- проведение иммунозаместительной терапии

При персистирующей легочной гипертензии ребенку может быть проведена

- кортикостероидная терапия
- диуретическая терапия
- голодная пауза
- ингаляция оксидом азота

Разовая доза диазепама для медикаментозной синхронизации при проведении ИВЛ составляет +____+ мг/кг

- 0,8-1,0
- 0,4-0,5
- 0,05-0,07
- 0,1-0,3

Одним из факторов риска развития синдрома аспирации меконием является (-ются)

- возраст матери до 25 лет
- преждевременные роды
- запоздалые роды (беременность 42 нед и более)
- системная красная волчанка у матери

Интубация и санация трахеи в родильном зале новорожденного с околоплодными водами, содержащие меконий, проводится

- только при наличии околоплодных вод с густым меконием
- при подозрении на обструкцию трахеи меконием (отсутствует экскурсия грудной клетки при масочной ИВЛ)
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только в случае необходимости введения адреналина эндотрахеально

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- только при наличии околоплодных вод с густым меконием
- при подозрении на обструкцию трахеи меконием (отсутствует экскурсия грудной клетки при масочной ИВЛ)
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только в случае необходимости введения адреналина эндотрахеально

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик находится в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Ребенок родился у женщины 22 лет от 1 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи и по типу портупеи. Масса тела ребенка при рождении 4120 г, длина 53 см, окружность головы 37 см. Воды мекониальные. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок был интубирован, проведена санация трахеи, получен меконий в большом количестве. Дыхание оставалось нерегулярным, продолжена ИВЛ через интубационную трубку.
В транспортном инкубаторена ИВЛ ребенок был доставлен в ОРИТН.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: отрицает.
Акушерский анамнез: I триместр: ранний токсикоз.Пренатальныйскрининг I триместра: норма. II триместр:вульвовагинит, истмико-цервикальная недостаточность (хирургическая коррекция). В 27 недель по данным УЗ-скрининга плацентарная недостаточность. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минут жизни.
ЧСС = 170 уд/мин, ЧД аппаратное 45 в минуту SpO~2~ = 90-92%, АД = 64/38/49 мм рт. ст. Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом традиционной ИВЛ с параметрами с FiO~2~ -0,7, PIP – 22 см вод. ст., peep +5, Fr 40, MAP 11 см.вод.ст. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, вздута.

Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- только при наличии околоплодных вод с густым меконием
- при подозрении на обструкцию трахеи меконием (отсутствует экскурсия грудной клетки при масочной ИВЛ)
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только в случае необходимости введения адреналина эндотрахеально

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- только при наличии околоплодных вод с густым меконием
- при подозрении на обструкцию трахеи меконием (отсутствует экскурсия грудной клетки при масочной ИВЛ)
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только в случае необходимости введения адреналина эндотрахеально

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- только при наличии околоплодных вод с густым меконием
- при подозрении на обструкцию трахеи меконием (отсутствует экскурсия грудной клетки при масочной ИВЛ)
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- только в случае необходимости введения адреналина эндотрахеально

Диагноз

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует + + течению

- среднетяжелому
- легкому
- тяжелому
- торпидному

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- эндотрахеальное введение адреналина
- перевод на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких
- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- лаваж трахеобронхиального дерева

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- профилактическое назначение антимикотиков
- назначение препаратов железа
- трансфузия тромбоконцентрата
- лечебно-охранительный режим

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- постгеморрагическая анемия
- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- преходящая неонатальная нейтропения
- острое почечное повреждение

При персистирующей легочной гипертензии ребенку показана

- противовирусная терапия
- кортикостероидная терапия
- эубиотическая терапия
- медикаментозная седация

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- через 10 дней
- после положительной динамики рентгенологической картины
- через 7 дней
- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления

К осложнениям синдрома аспирации мекония относят

- врожденный сепсис
- бронхолегочную дисплазию

- врожденную пневмонию
- аспирационную пневмонию и сепсис

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- врожденным пороком легких
- ателектазом легкого
- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- кардиомиопатией

При наличии окрашенных меконием околоплодных вод не рекомендуется

- врожденным пороком легких
- ателектазом легкого
- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- кардиомиопатией

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик находится в отделении интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Ребенок родился у женщины 30 лет от 2 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, по типу портупеи. Масса тела ребенка при рождении 4220 г, длина 52 см, окружность головы 35 см. Водымекониальные. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. При рождении дыхание регулярное с умеренным втяжением грудины, удовлетворительный мышечный тонус. Оказана базовая помощь новорожденному в родильном зале. В динамике сохраняется умеренное втяжение грудины, ослабление проведения дыхания в легких. Ребенок переведен в ОРИТН под наблюдение.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh (-) отрицательная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: отрицает.
Акушерский анамнез: 1 беременность без особенностей, здоровая девочка. Вторая беременность данная: I триместр - ранний токсикоз.Пренатальныйскрининг I триместра: норма. II триместр:вульвовагинит, плацентарная недостаточность. В 25 недель по данным УЗ-скрининга плацентарная недостаточность. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус
Возраст ребенка – 1,5 часа жизни.
ЧСС = 167 уд/мин, ЧД 75 в минуту SpO~2~ = 91-92%, АД = 62/35/44 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ 0,3.

Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании легкое втяжение грудины. Тахипноэ до 60 в минуту. Аускультативно дыхание несколько ослабленное, проводится во все отделы легких, симметрично, выслушивается умеренное количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- врожденным пороком легких
- ателектазом легкого
- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- кардиомиопатией

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- врожденным пороком легких
- ателектазом легкого
- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- кардиомиопатией

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- врожденным пороком легких
- ателектазом легкого
- врожденной пневмонией или ранним неонатальным сепсисом
- кардиомиопатией

Диагноз

У данного пациента необходимо оценить симптомы дыхательных нарушений по шкале

- Дубовица
- Апгар
- Доунс
- Болларда

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует
+_____+ течению

- субклиническому
- среднетяжелому
- тяжелому
- легкому

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- иммунозаместительная терапия
- введение кофеина с целью стимуляции дыхательного центра
- антибактериальная терапия

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- лечебно-охранительный режим
- назначение системных глюкокортикостероидов
- профилактическое назначение противогрибковой терапии
- лаваж трахеобронхиального дерева физиологическим раствором до чистых промывных вод

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- пневмоторакс
- пахово-мошоночная грыжа
- бронхолегочная дисплазия
- острое почечное повреждение

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония включает

- монотерапию защищенным пенициллином
- монотерапию линезолидом
- комбинацию ампициллин + аминогликозид
- комбинацию ванкомицин + линезолид

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- через 7 дней
- после курса системной глюкокортикостероидной терапии
- через 10 дней
- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления

Интубация и санация трахеи в родильном зале новорожденного с околоплодными водами, содержащие меконий, проводится

- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- при ЧСС более 120 уд/мин и снижении сатурации до 88%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- при ЧСС более 120 уд/мин и снижении сатурации до 88%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик находится в отделении интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Ребенок родился у женщины 42 лет от 1 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи с двукратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи, по типу портупеи. Масса тела ребенка при рождении 4320 г, длина 56см, окружность головы 37 см. Водымекониальные. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок былинтубирован, проведена санация трахеи, полученмеконий в небольшом количестве. Дыхание восстановилось. Далее, учитываяумеренно выраженные дыхательные нарушения, требовал проведения респираторной поддержки с постоянным положительным давлением на выдохе (CPAP) маской.
Втранспортном инкубаторенамононазальномCPAP ребенок был доставлен в ОРИТН

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.

Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: отрицает.
Акушерский анамнез: I триместр: ранний токсикоз.Пренатальныйскрининг I триместра: норма. II триместр:вульвовагинит. В 25 недель по данным УЗ-скрининга плацентарная недостаточность. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус
Возраст ребенка – 4 часа жизни.
ЧСС = 165 уд/мин, ЧД 75 в минуту SpO~2~ = 90-95%, АД = 63/30/44 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ -0,35. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании умеренные втяжения грудины, межреберий. Тахипноэ до 80 в минуту. Аускультативно дыхание стонущее, ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- при ЧСС более 120 уд/мин и снижении сатурации до 88%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами

- при ЧСС более 120 уд/мин и снижении сатурации до 88%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами
- при ЧСС более 120 уд/мин и снижении сатурации до 88%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале

Диагноз

У данного пациента необходимо оценить симптомы дыхательных нарушений по шкале

- Доунс
- Болларда
- _Sarnat_
- Апгар

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует
+_____+ течению

- легкому
- среднетяжелому
- тяжелому
- торпидному

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- назначение антимикотической терапии с профилактической целью
- проведение гемотрансфузии
- перевод на искусственную вентиляцию легких

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- внутривенное введение кортикостероидов
- лечебно-охранительный режим

- гемотрансфузия
- ингаляторное введение оксида азота

Одним из осложнений синдрома аспирации мекония является

- дыхательная недостаточность
- сердечно-сосудистая недостаточность
- почечная недостаточность
- тромбоз венозного синуса

Одним из показаний перевода ребенка с традиционной на высокочастотную ИВЛ является

- МАР -7 мм.вод.ст.
- уровень FiO2 (0,6 и более)
- уровень FiO2 - 0,4
- гиперкарбия

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- через 10 дней внутривенного введения кортикостероидов
- после курса ингаляционной терапии оксидом азота
- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления
- через 5 дней

Интубация и санация трахеи в родильном зале новорожденного с околоплодными водами, содержащие меконий, проводится

- только при потребности в дополнительной дотации О2 более 60%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- только при потребности в дополнительной дотации О2 более 60%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В периоде ранней адаптации ребенок наблюдается в отделении новорожденных. В возрасте 7 часов жизни у него отмечается нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа. Вызван врач неонатолог.

Анамнез заболевания
Доношенный мальчик у матери 32 лет от 1 своевременных самостоятельных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери. Масса тела ребенка при рождении 3215 г, длина 53 см, окружность головы 38 см.
В периоде ранней адаптации наблюдается в детском отделении. В возрасте 7 часов жизни у ребенка отмечается нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность данная, протекала: I-й триместр - токсикоз, анемия беременных, II-й триместр –анемия, истмико-цервикальная недостаточность (акушерский пессарий), III-й триместр – выявление генов тромбофилии, проведение антикоагулянтной терапии. В микробиологическом посеве из цервикального канала S.epidermidis 10*6 (антибактериальная терапия не проводилась).

Объективный статус
Возраст ребенка – 6 часов жизни.
ЧСС = 165-175 уд/мин, ЧД 80 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 59/35/41 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно угнетены, рефлексы новорожденных вызываются симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжение грудины и межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического

отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- только при потребности в дополнительной дотации O2 более 60%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- только при потребности в дополнительной дотации O2 более 60%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- только при потребности в дополнительной дотации O2 более 60%
- в случае ЧСС при рождении менее 100 уд/мин, неэффективного спонтанного дыхания, мышечной гипотонии
- только в случае необходимости проведения ИВЛ новорожденному в родильном зале
- в любом случае при рождении новорожденного с мекониальными околоплодными водами

Диагноз

Патогенез врожденной пневмонии заключается

- в повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения

- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами

Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является (-ются)

- серый колорит кожного покрова
- эпизоды брадикардии
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3-е суток жизни)
- повышение уровня лактата в крови

Одним из вспомогательных критериев врожденной пневмонии является

- иктеричность кожного покрова
- сероватый колорит кожного покрова
- эозинофилия
- повышение уровня аммиака в крови

Показатель нейтрофильного индекса при диагностике инфекционного процесса равен или более

- 0,15
- 0,18
- 0,2
- 0,19

Тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- проведение плевральной пункции
- проведение очистительной клизмы
- проведение ингаляции с бронходилататором
- назначение антибактериальной терапии

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии состоит из

- комбинации препаратов ампициллин + гентамицин
- комбинации препаратов линезолид + меропенем
- монотерапии амоксициллином

- комбинации препаратов ванкомицин + цефоперазон + сульбактам

Для постановки диагноза «Врожденная пневмония» требуется как минимум

- два клинических и один лабораторный признак
- три клинических и два лабораторных признака
- один клинический и два лабораторных признака
- два клинических и два лабораторных признака

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- два клинических и один лабораторный признак
- три клинических и два лабораторных признака
- один клинический и два лабораторных признака
- два клинических и два лабораторных признака

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N. Вас вызвали в отделение новорожденных для осмотра ребенка с нарастанием синдрома угнетения.

Анамнез заболевания
Доношенный мальчик у матери 24 лет от 1 своевременных самостоятельных физиологических родов на сроке 38 недель. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери. Масса тела ребенка при рождении 3170 г, длина 52 см, окружность головы 37 см. В периоде ранней адаптации наблюдался в отделении новорожденных. В возрасте 12 часов жизни у ребенка стал прогрессировать синдром угнетения, отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа. Вызван врач неонатолог для консультации.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных, II-й триместр – анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38,5С, терапия симптоматическая. III-й триместр –ОРВИ (получала симптоматическую терапию), многоводие. Посев из цервикального канала – Streptococcus agalactiae

Объективный статус
Возраст ребенка – 12 часов жизни.
ЧСС = 171 уд/мин, ЧД 75 в минуту SpO~2~= 91%, АД = 60/34/43 мм.рт.ст.

Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, глаза приоткрывает, крик средней силы. Рефлексы новорожденных вызываются симметрично с задержкой. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- два клинических и один лабораторный признак
- три клинических и два лабораторных признака
- один клинический и два лабораторных признака
- два клинических и два лабораторных признака

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- два клинических и один лабораторный признак
- три клинических и два лабораторных признака
- один клинический и два лабораторных признака
- два клинических и два лабораторных признака

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- два клинических и один лабораторный признак
- три клинических и два лабораторных признака
- один клинический и два лабораторных признака
- два клинических и два лабораторных признака

Диагноз

<u>В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале</u>

- Даунса
- Белл
- _NPASS_
- Дубовица

<u>К признакам течения инфекционного процесса в клиническом анализе крови у данного пациента относят</u>

- высокий нейтрофильный индекс (НИ)
- уровень эозинофилов
- уровень лимфоцитов
- уровень лейкоцитов

<u>Данному ребенку, как новорожденному с дыхательными нарушениями в первые часы жизни, необходимо</u>

- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- определение транскутанного уровня билирубина
- измерение уровня натрия в биохимическом анализе крови

<u>Тактикой ведения и лечения ребенка является</u>

- назначение антибактериальной терапии
- проведение очистительной клизмы
- проведение вакцинации от РС-вируса
- увеличение энтеральной нагрузки

<u>Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии состоит из</u>

- монотерапии ванкоцином
- комбинации амоксициллин + клавулановая кислота + сульперазон
- монотерапии гентамицином
- комбинации ампициллин + гентамицин

<u>Антибактериальная терапия отменяется</u>

- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- при отсутствии потребности в респираторной терапии
- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии
- через 7 дней курса этиотропной терапии

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- зависит от маркеров воспаления
- не требуется
- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые 2 часа жизни

Одним из частых возбудителей врожденной пневмонии является

- _Acinetobacter baumannii_
- _Stenotrophomonas maltophilia_
- _Malassezia furfur_
- _Streptococcus_ группы _B_

Одним из факторов риска развития врожденной пневмонии является (-ются)

- _Acinetobacter baumannii_
- _Stenotrophomonas maltophilia_
- _Malassezia furfur_
- _Streptococcus_ группы _B_

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных, наблюдаете недоношенного ребенка.

Анамнез заболевания
Недоношенный мальчик у матери 30 лет от 1 преждевременных оперативных родов на сроке 30 недели беременности путем экстренного кесарева сечения в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Женщина поступила по скорой помощи. Предполагаемый безводный промежуток со слов женщины 25 часов. Пуповина без особенностей. С рождения дыхательные нарушения. В родильном зале ребенку проводились реанимационные мероприятия: CPAP (Constant Positive Airway Pressure) маской, далее, в связи с неэффективностью проводимой вентиляции - ИВЛ маской. В транспортном инкубаторе в тяжелом состоянии ребенок был доставлен в отделение. При поступлении была налажена респираторная терапия традиционная искусственная вентиляция (ИВЛ). Масса тела ребенка при рождении 1450 г, длина 42 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B (III) третья, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных, II-й триместр –

анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38.5°С, терапия симптоматическая. III-й триместр – анемия беременных, ОРВИ (получала симптоматическую терапию).

Объективный статус
Возраст ребенка – 6 часов жизни.
ЧСС = 177 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 52/28/ 34 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Находится на традиционной ИВЛ с параметрами FiO2 – 35%, Pip 15, peep +5, Fr 45. Нормотермия.
Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: медикаментозная седация. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная . С аппаратом ИВЛ синхронен. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- _Acinetobacter baumannii_
- _Stenotrophomonas maltophilia_
- _Malassezia furfur_
- _Streptococcus_ группы _B_

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- _Acinetobacter baumannii_
- _Stenotrophomonas maltophilia_
- _Malassezia furfur_
- _Streptococcus_ группы _B_

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- _Acinetobacter baumannii_
- _Stenotrophomonas maltophilia_
- _Malassezia furfur_
- _Streptococcus_ группы _B_

Диагноз

<u>В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале</u>

- Сильверман
- Боллард
- Апачи
- Даунс

<u>Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо</u>

- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- определение уровня аммиака в крови
- определение уровня фибриногена
- проведение биохимического анализа крови

<u>Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является</u>

- повышение температуры тела
- втяжение уступчивых мест грудной клетки
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких в первые 3 суток жизни
- положительный С-реактивный белок

<u>Одной из тактик ведения и лечения данного ребенка является</u>

- проведение респираторной терапии
- проведение плевральной пункции
- трансфузия отмытых эритроцитов
- проведение кардиоверсии

<u>Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии состоит из</u>

- монотерапии линезолидом
- монотерапии ампициллином
- комбинации препаратов ванкомицин + цефоперазон + сульбактам
- комбинации ампициллин + гентамицин

<u>В терапию данному ребенку необходимо включить</u>

- проведение противосудорожной терапии

- проведение диуретической терапии
- постановку плеврального дренажа
- проведение инфузионной терапии

Антибактериальная терапия отменяется

- после завершения респираторной терапии
- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- через 7 дней курса этиотропной терапии
- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии

Патогенез врожденной пневмонии заключается

- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении

Одним из факторов риска развития врожденной пневмонии является

- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных. Вас вызвали в операционную на кесарево сечение.

Анамнез заболевания
Доношенный мальчик у матери 28 лет от 1 оперативных родов путем кесарева сечения в связи с нарастанием преэклампсии. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. В родильном зале у ребенка отмечалось развитие дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, нарастание потребности в дополнительной дотации O~2~. Масса тела ребенка при рождении 3010 г, длина 47 см, окружность головы 36 см. Оценен по шкале Апгар 8/8 баллов.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери AB (IV) четвертая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: удаление параовариальной кисты в 2007 году.
Акушерский анамнез: 1 беременность, наступила самопроизвольно. Протекала в I

триместре с токсикозом легкой степени, в 12-13 недель анемия беременных; во II триместре в 20 недель укорочение шейки матки (установлен акушерский пессарий), бессимптомная бактериурия; в III триместре на сроке 29-30 недель перенесла ОРЗ, повышение температуры тела до 37,3°С (симптоматическая терапия). С 30 недель генерализованные отеки, на 31-32 неделе нарастание степени анемии беременных, с 34-35 недель - преэклампсия (повышение АД, протеинурия).

Объективный статус

Возраст ребенка – 1 час жизни
ЧСС = 172-175 уд/мин, ЧД 76 в минуту SpO~2~ = 88-90%, АД = 61/37/45 мм.рт.ст. Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, бледно-розовые с сероватым колоритом. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно угнетены, рефлексы новорожденных вызываются симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Мочился в родзале. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

<u>Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является</u>

- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении

Результаты лабораторных методов обследования

<u>К необходимым методам обследования для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики относят</u>

- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта

- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз</u>

- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении

Диагноз

<u>Одним из частых возбудителей врожденной пневмонии является</u>

- _Streptococcus pyogenes_
- _Malassezia furfur_
- _Acinetobacter junii_
- _Escherichia coli_

<u>Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является</u>

- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких в первые 3 суток жизни
- повышение температуры тела
- легкая дистальная флексия новорожденного
- эпизод тахипноэ

<u>К вспомогательным критериям диагностики врожденной пневмонии относят</u>

- снижение диуреза менее 0,5 мл/кг/ч в 1 сутки жизни
- дилятацию боковых желудочков
- аллергическую сыпь
- низкий уровень гаптоглобина в крови

<u>Лейкопения у новорожденных определяется при уровне лейкоцитов менее +_____+*10^9^/л</u>

- 5,0
- 6,0
- 4,0
- 7,0

<u>Одной из тактик ведения и лечения данного ребенка является</u>

- проведение лаважа трахеобронхиального дерева
- проведение очистительной клизмы
- терапия сурфактантом в родильном зале
- проведение респираторной терапии

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- не требуется
- требуется в первые сутки жизни
- требуется при переводе ребенка на принудительную вентиляцию
- требуется в первые 2 часа жизни

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии составляет комбинацию

- ванкомицин + линезолид
- линезолид + меропенем
- амоксициллин + клавулановая кислота + эртапенем
- ампициллин + гентамицин

Для постановки диагноза «Врожденная пневмония» требуется как минимум сочетание + + признака/ов

- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и двух лабораторных

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и двух лабораторных

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных. Вас вызвали в отделение новорожденных для осмотра ребенка с нарастанием синдрома угнетения.

Анамнез заболевания
Доношенная девочка у матери 25 лет от 1 своевременных самостоятельных физиологических родов на сроке 40,5 недель. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не

проводились. Ребенок приложен к груди матери. Масса тела ребенка при рождении 3110 г, длина 50 см, окружность головы 35 см. В периоде ранней адаптации наблюдалась в отделении новорожденных. В возрасте 12 часов жизни у ребенка стал прогрессировать синдром угнетения, отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа. Вызван неонатолог для консультации.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных, II-й триместр – анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38°С, терапия симптоматическая. III-й триместр – инфекция мочевыводящих путей (получала амоксициллин клавулонат).

Объективный статус
Возраст ребенка – 12 часов жизни.
ЧСС = 175 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 59/35/41 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, глаза приоткрывает, крик средней силы. Рефлексы новорожденных вызываются симметрично с задержкой. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочилась. Половые органы развиты по женскому типу.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и двух лабораторных

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и двух лабораторных

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и двух лабораторных

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Апачи
- _NPASS_
- Даунса
- Боллард

К одному из признаков течения инфекционного процесса в клиническом анализе крови у данного пациента относят

- абсолютное количество лимфоцитов
- высокий нейтрофильный индекс (НИ)
- уровень лейкоцитов
- уровень моноцитов

Данному ребенку, как новорожденному с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- измерение уровня аммиака в крови
- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня натрия в биохимическом анализе крови

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение терапевтической гипотермии
- увеличение энтеральной нагрузки

- проведение плевральной пункции
- назначение антибактериальной терапии

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии составляет

- монотерапию ванкомицином
- монотерапию гентамицином
- комбинацию амоксицилин + клавулановая кислота + лозартан
- комбинацию ампициллин + гентамицин

В терапию данному ребенку должно входить проведение

- заменного переливания крови
- люмбальной пункции
- инфузионной терапии
- диуретической терапии

Антибактериальная терапия отменяется

- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии
- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- на 3 день этиотропной терапии
- через 14 дней курса этиотропной терапии

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни

Дифференциальную диагностику при подозрении на врожденную пневмонию следует проводить с

- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных, наблюдаете недоношенного ребенка.

Анамнез заболевания
Недоношенный мальчик у матери 28 лет от 1 преждевременных оперативных родов на сроке 33 недели беременности путем экстренного кесарева сечения, в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Женщина поступила по скорой помощи. Предполагаемый безводный промежуток со слов женщины 18 часов. Пуповина без особенностей. С рождения дыхательные нарушения. В родильном зале ребенку проводились реанимационные мероприятия: CPAP (Constant Positive Airway Pressure), санация верхних дыхательных путей. В транспортном инкубаторе ребенок был доставлен в отделение. При поступлении была налажена респираторная терапия методом неинвазивной искусственной вентиляции легких.
Масса тела ребенка при рождении 1850 г, длина 48 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери АВ (IV) четвертая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных, II-й триместр – анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38°С, терапия симптоматическая. III-й триместр – анемия беременных, инфекция мочевыводящих путей (получала цефалоспорин).

Объективный статус
Возраст ребенка – 9 часов жизни.
ЧСС = 169 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2 ~= 91-93%, АД = 52/28/34 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Находится на традиционной ИВЛ с параметрами FiO2 – 35%, Pip 15, peep +5, Fr 44. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: медикаментозная седация. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. С аппаратом ИВЛ синхронен. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

<u>Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является</u>

- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни

- требуется в первые сутки жизни
- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни

Диагноз

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- определение уровня S-100
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- определение нейроспецифической энолазы
- проведение биохимического анализа крови

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Белл
- Сильверман
- Боллард
- Даунс

Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является

- положительный С-реактивный белок
- макрогематурия
- олигурия

- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3 суток жизни)

Тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- проведение кардиоверсии
- назначение противосудорожной терапии
- трансфузия свежезамороженной плазмы
- назначение антибактериальной терапии

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии включает

- комбинацию линезолид + меропенем
- монотерапию линезолидом
- комбинацию ампициллин + гентамицин
- комбинацию ванкомицин + цефоперазон + сульбактам

Энтеральное питание данному ребенку

- показано низколактозной смесью
- показано смесью на основе гидролизата белка
- не показано
- показано грудным молоком

Антибактериальная терапия отменяется

- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии
- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- через 10 дней курса этиотропной терапии
- после оценки регионарной гемодинамики

Патогенез врожденной пневмонии заключается

- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в нарастании степени метаболического ацидоза
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Профилактика развития врожденной пневмонии заключается в

- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в нарастании степени метаболического ацидоза
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения

- в повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных. Вас вызвали в операционную.

Анамнез заболевания
Доношенная девочка от 2 оперативных родов в связи с крупным размером плода, отсутствием готовности родовых путей. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. Масса тела при рождении 4426 г. По шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия не проводились. Однако, на 15 минуте жизни, ребенок развил дыхательные нарушения, стонущее дыхание. Проводился CPAP (Constant Positive Airway Pressure) маской без потребности в дополнительной дотации O~2~.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B (III) третья, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Доношенная девочка у женщины 34 лет от 4 беременности, протекавшей:
в I триместре в возрасте 8 недель острый трахеит, в 10 недель обострение хронического цистита, предлежание плаценты.
II триместр: на 2 скрининге центральное подозрение на врастание плаценты. На сроке 23-24 недели в связи с угрозой прерывания беременности стационарное лечение. В динамике снято подозрение на врастание плаценты, получены данные за плотное прикрепление в области рубца. Пренатальный скрининг II триместра: норма.
В III триместре в возрасте 28-29 недель госпитализирована экстренно в связи с кровотечением (выполнена профилактика РДС). В 32 недели кровотечение, стационарное лечение (магнезиальная, спазмолитическая терапия). В 33-34 недель угрожающие преждевременные роды (магнезиальная, гормональная, спазмолитическая терапия).

Объективный статус
Возраст ребенка – 1,5 часа жизни.
ЧСС = 165-175уд/мин, ЧД 80 в минуту SpO~2 ~= 91-93%, АД = 61/37/45 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно угнетены, рефлексы новорожденных вызываются симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон,

симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочилась. Половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в нарастании степени метаболического ацидоза
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в нарастании степени метаболического ацидоза
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в нарастании степени метаболического ацидоза
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- в повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Диагноз

Одним из частых возбудителей врожденной пневмонии является

- _Aspergillus niger_

- _Enterobacter cloacae_
- _Escherichia coli_
- _Serratia marcescens_

Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является

- повышение температуры тела
- гиперлактатемия
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3 суток жизни)
- синдром холестаза

К вспомогательным критериям врожденной пневмонии относят

- брадикардию
- тромбоцитоз
- повышенный уровень белка S-100
- гипернатриемию

Дополнительным фактором при постановке диагноза врожденной пневмонии является

- исследование плаценты
- эзофагогастроскопия
- неонатальный скрининг
- допплерографическое исследование кровотока в почечных артериях

Тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- проведение лечебной гипотермии
- оценка характера желудочного содержимого
- назначение антибактериальной терапии
- проведение очистительной клизмы

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- не требуется
- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- требуется в первые 2 часа жизни

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии включает комбинацию препаратов

- ампициллин + гентамицин
- амоксиклав + ванкомицин
- гентамицин + цефоперазон + сульбактам
- линезолид + цефоперазон + сульбактам

Для постановки диагноза «Врожденная пневмония» требуется как минимум наличие + _____ + признака/ов

- двух клинических и одного инструментального
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- двух клинических и одного инструментального
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных, наблюдаете недоношенного ребенка.

Анамнез заболевания
Недоношенный мальчик у матери 30 лет от 1 преждевременных оперативных родов на сроке 32 недели беременности путем экстренного кесарева сечения, в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Женщина поступила по скорой помощи. Предполагаемый безводный промежуток со слов женщины 22 часа. Пуповина без особенностей. С рождения дыхательные нарушения. В родильном зале ребенку проводились реанимационные мероприятия: CPAP (Constant Positive Airway Pressure), санация верхних дыхательных путей. В транспортном инкубаторе ребенок был доставлен в отделение. При поступлении была налажена респираторная терапия неинвазивная искусственная вентиляция легких.
Масса тела ребенка при рождении 1857 г, длина 42 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B (III) третья, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала:
I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных,
II-й триместр–анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38,5°С, терапия симпатоматическая;
III-й триместр – анемия беременных, ОРВИ (получала симптоматическую терапию).

Объективный статус
Возраст ребенка – 6 часов жизни.

ЧСС = 177 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 52/28/ 34 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Переведен на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких с параметрами FiO~2~ – 30%, MAP – 12.0, Hz -10 в связи с нарастанием дыхательных нарушений и зависимости от кислорода. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: медикаментозная седация. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. С аппаратом ИВЛ синхронен. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, осцилляции выслушиваются равномерно. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- двух клинических и одного инструментального
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- двух клинических и одного инструментального
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- двух клинических и одного инструментального
- двух клинических и одного лабораторного
- трех клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных

Диагноз

Фактором риска развития врожденной пневмонии со стороны матери у данного пациента является

- ранний токсикоз
- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)
- переношенная беременность
- анемия во время беременности

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Боллард
- Фентон
- Сильверман
- Даунс

Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является

- положительный С-реактивный белок
- втяжение уступчивых мест грудной клетки
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3 суток жизни)
- повышение температуры тела

Тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- проведение кардиоверсии
- трансфузия эритроцитсодержащего компонента
- проведение плевральной пункции
- назначение антибактериальной терапии

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии составляет

- монотерапию ампициллином
- комбинацию ампициллин + гентамицин
- комбинацию ванкомицин + цефоперазон + сульбактам
- монотерапию линезолидом

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- показано в первый час жизни
- показано в родильном зале
- показано при переводе на высокочастотную осцилляторную вентиляцию
- не показано

Антибактериальная терапия отменяется

- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии
- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- через 7 дней курса этиотропной терапии
- после отмены респираторной терапии

Патогенез врожденной пневмонии заключается во/в

- внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Одним из вспомогательных критериев врожденной пневмонии является (-ются)

- внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных. Вас вызвали в отделение новорожденных для осмотра ребенка, развившего дыхательные нарушения.

Анамнез заболевания
Доношенная девочка у матери 35 лет от 2 своевременных самостоятельных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери. Масса тела ребенка при рождении 3215 г, длина 52 см, окружность головы 37 см. В периоде ранней адаптации наблюдалась в детском отделении. В возрасте 6 часов жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа. Вызван неонатолог для консультации.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2010 год – физиологические роды в срок, мальчик, здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, анемия беременных, II-й триместр –анемия, ИЦН (акушерский

пессарий), III-й триместр – анемия беременных, ОРВИ; в микробиологическом посеве из цервикального канала E.faecalis 10*4 (антибактериальная терапия не проводилась).

Объективный статус

Возраст ребенка – 6 часов жизни.
ЧСС = 165-175уд/мин, ЧД 80 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 59/35/41 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно угнетены, рефлексы новорожденных вызываются симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается чуть заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочилась. Половые органы развиты по женскому типу.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- хронической гипоксии плода и асфиксии при рождении
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Диагноз

Одним из частых возбудителей врожденной пневмонии является

- _Staphylococcus hominis_
- _Acinetobacter baumanii_
- _Malassezia furfur_
- _Staphylococcus epidermidis_

Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является

- положительный С-реактивный белок
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3 суток жизни)
- наличие эпизодов тахипноэ
- повышение температуры тела

Одним из вспомогательных критериев врожденной пневмонии является

- положительный иммуноглобулин G
- усиление легочного рисунка
- нормобластоз
- тромбоцитоз

При изучении анамнеза факторами риска развития пневмонии со стороны матери является

- предлежание плаценты
- неадекватная АБТ
- гипотериоз
- преэклампсия

Одной из тактик ведения и лечения данного ребенка является проведение

- плевральной пункции
- очистительной клизмы
- лечебной гипотермии
- респираторной терапии

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется в первые сутки жизни

- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни
- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии включает комбинацию препаратов

- ампициллин + гентамицин
- линезолид + меропенем
- амоксициллин + клавулановая кислота + цефоперазон + сульбактам
- ванкомицин + цефоперазон + сульбактам

Для постановки диагноза «Врожденная пневмония» требуется как минимум наличие_____признака/ов

- двух клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- трех клинических и двух лабораторных

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- двух клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- трех клинических и двух лабораторных

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивно терапии новорожденных. Вас вызвали в отделение новорожденных для осмотра ребенка с нарастанием синдрома угнетения.

Анамнез заболевания
Доношенный мальчик у матери 28 лет от 1 своевременных самостоятельных физиологических родов на сроке 39 недель. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей. В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери. Масса тела ребенка при рождении 3100 г, длина 50 см, окружность головы 37 см. В периоде ранней адаптации наблюдался в отделении новорожденных. В возрасте 16 часов жизни у ребенка стал прогрессировать синдром угнетения, отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа. Вызван неонатолог для консультации.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh (+) положительная.

Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных, II-й триместр – анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38С, терапия симптоматическая. III-й триместр – хориоамнионит, получала антибактеральную терапию.

Объективный статус
Возраст ребенка – 17 часов жизни.
ЧСС = 177 уд/мин, ЧД 78 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 59/35/41 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, глаза приоткрывает, крик средней силы. Рефлексы новорожденных вызываются симметрично с задержкой. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий. Отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза относят

- двух клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- трех клинических и двух лабораторных

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- двух клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- трех клинических и двух лабораторных

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- двух клинических и одного лабораторного
- одного клинического и двух лабораторных
- двух клинических и двух лабораторных
- трех клинических и двух лабораторных

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Даунса
- Белл
- Апгар
- Дубовица

К признакам течения инфекционного процесса в клиническом анализе крови у данного пациента относится

- лимфоцитоз
- моноцитоз
- нейтропения
- эозинофилия

Данному ребенку, как новорожденному с дыхательными нарушениями, в первые часы жизни необходимо

- определение транскутанного уровня билирубина
- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня натрия в биохимическом анализе крови

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- назначение антибактериальной терапии
- проведение плевральной пункции
- проведение очистительной клизмы
- увеличение энтеральной нагрузки

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии состоит из

- монотерапии ампициллином
- комбинации амоксициллин+клавулановая кислота+ цефоперазон+сульбактам

- комбинации ампициллин + гентамицин
- монотерапии гентамицином

Энтеральное питание данному ребенку

- показано безлактозной смесью
- показано смесью для недоношенных
- показано грудным молоком
- не показано

Антибактериальная терапия отменяется

- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии
- через 7 дней этиотропного курса
- на 10 день этиотропного курса
- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови

Фактором риска развития врожденной пневмонии у данного пациента со стороны матери является (-ются)

- хориоамнионит
- тянущие боли внизу живота
- ретроплацентарная гематома
- тромбофилические мутации

Дифференциальная диагностика врожденной пневмонии проводится с

- хориоамнионит
- тянущие боли внизу живота
- ретроплацентарная гематома
- тромбофилические мутации

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N в отделении интенсивной терапии новорожденных, наблюдаете недоношенного ребенка.

Анамнез заболевания
Недоношенный мальчик у матери 30 лет от 1 преждевременных оперативных родов на сроке 31 недели беременности путем экстренного кесарева сечения в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Женщина поступила по скорой помощи. Предполагаемый безводный промежуток со слов женщины 20 часов. Пуповина без особенностей. С рождения дыхательные нарушения. В родильном зале ребенку проводились реанимационные мероприятия: CPAP (Constant Positive Airway Pressure), санация верхних дыхательных путей. В транспортном инкубаторе ребенок был доставлен

в отделение. При поступлении была налажена респираторная терапия неинвазивная искусственная вентиляция легких.
Масса тела ребенка при рождении 1680 г, длина 46 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных, II-й триместр – анемия, ОРВИ с подъемом температуры до 38С, терапия симптоматическая. III-й триместр – анемия беременных, ОРВИ, получала симптоматическую терапию.

Объективный статус
Возраст ребенка – 8 часов жизни.
ЧСС = 177 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~ = 91-93%, АД = 52/28/ 34 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Находится на традиционной ИВЛ с параметрами FiO2 – 30%, Pip 16, peep +5, Fr 45. Нормотермия. Кожный покров бледно-розовый, чистый, умеренно выраженная мраморность, сероватый колорит кожных покровов. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: медикаментозная седация Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная . С аппаратом ИВЛ синхронен. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- хориоамнионит
- тянущие боли внизу живота
- ретроплацентарная гематома
- тромбофилические мутации

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- хориоамнионит

- тянущие боли внизу живота
- ретроплацентарная гематома
- тромбофилические мутации

Результаты инструментальных методов обследования

<u>На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз</u>

- хориоамнионит
- тянущие боли внизу живота
- ретроплацентарная гематома
- тромбофилические мутации

Диагноз

<u>Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо</u>

- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- проведение биохимического анализа крови
- определение уровня прокальцитонина
- определение уровня S-100

<u>В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале</u>

- Сильверман
- Боллард
- Даунс
- Фентона

<u>Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является</u>

- положительный С-реактивный белок
- наличие срыгиваний
- апноэ
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3 суток жизни)

<u>Тактикой ведения и лечения данного ребенка является</u>

- назначение антибактериальной терапии
- проведение плевральной пункции
- трансфузия свежезамороженной плазмы
- проведение заменного переливания крови

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии включает

- комбинацию линезолид+меропенем
- монотерапию ампициллином
- комбинацию ванкомицин+цефоперазон+сульбактам
- комбинацию ампициллин + гентамицин

В терапию данному ребенку необходимо включить

- проведение инфузионной терапии
- противосудорожную терапию
- постановку плеврального дренажа
- трансфузию тромбоконцентрата

Антибактериальная терапия отменяется

- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии
- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- после отмены респираторной терапии
- через 7 дней курса этиотропной терапии

Фактором риска развития врожденной пневмонии у ребенка со стороны матери является

- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)
- анемия беременных
- несостоятельность шва на матке
- миома матки

К вспомогательным критериям диагностики врожденной пневмонии относят

- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)
- анемия беременных
- несостоятельность шва на матке
- миома матки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенный мальчик, второй из двойни, 3 суток жизни. Плановый осмотр неонатолога в отделении патологии новорожденных. Оценка состояния при помощи физикального осмотра.

Анамнез жизни

Недоношенный мальчик, 2 из двойни, у женщины 33 лет от 2 беременности,

протекавшей: I триместр: токсикоз легкой степени. II триместр - в 12-13 недель - угрожающий выкидыш, кровотечение - стационарное лечение, анти-резус иммунноглобулин не введен. В 17-18 недель фето-фетальный трансфузионный синдром, оперативное лечение. От 2 преждевременных оперативных родов на 35 неделе. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Проводилось динамическое наблюдение в детском отделении. По результатам повторных измерений артериального давления отмечается тенденция к артериальной гипотонии. Проводился контроль уровня гликемии в 2 часа жизни - 2,8 ммоль/л, в 14 часов жизни - 6,5 ммоль/л -. Уровень гематокрита - 62%, иммунологические пробы - сомнительные, уровень билирубина пуповинной крови - 41,9 мкмоль/л, фототерапия не показана. Данных за гемолитическую болезнь новорожденных нет.
Для дальнейшего наблюдения, обследования и лечения переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных (ОПННД) детей на 2 сутки жизни.
При поступлении в ОПННД состояние средней степени тяжести.

Объективный статус
При осмотре на 3 сутки жизни отмечается ослабление пульсации на бедренных артериях, разница артериального давления между правой рукой и ногой, сниженные темпы диуреза.
Тоны сердца ритмичные, ясные, шумы не выслушиваются. Отмечается высокая пульсация на лучевых артериях, отсутствует пульсация на бедренных артериях.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)
- анемия беременных
- несостоятельность шва на матке
- миома матки

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)
- анемия беременных
- несостоятельность шва на матке
- миома матки

Результаты инструментальных методов обследования

Вероятнее всего у ребенка

- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)
- анемия беременных

- несостоятельность шва на матке
- миома матки

Диагноз

При данном виде порока сердца характерно

- снижение пульсации на лучевых артериях по сравнению с пульсацией на бедренных артериях
- выявление гепатоспленомегалии
- расширение венозных кровеносных сосудов на передней брюшной стенке («голова медузы»)
- снижение пульсации на бедренных артериях по сравнению с пульсацией на лучевых артериях

Данное состояние требует

- планового наблюдения кардиологом
- проведения консервативной терапии
- выжидательной тактики
- проведения экстренных лечебных мероприятий

Для стабилизации состояния ребенка показано проведение терапии препаратами

- простагландина группы Е1
- антибактериальными
- нестероидными противовоспалительными
- антиаритмическими

К группе препаратов простагландина Е1 относят

- допамин
- алпростадил
- дигоксин
- ибупрофен

Методом введения 0,002 мкг/кг/мин алпростадила является внутривенное

- капельное в центральный венозный катетер
- струйное в центральный венозный катетер
- капельное в периферический венозный катетер
- струйное в периферический венозный катетер

Ребенку с коарктацией аорты в сочетании с открытым артериальным протоком показано проведение оперативного вмешательства

- в неотложном порядке после медикаментозной стабилизации

- планово в течение первого месяца жизни
- планово после шести месяцев жизни
- планово после года жизни

Побочными эффектами терапии простагландинами Е1 являются

- тахикардия, диарея, снижение мышечного тонуса
- апноэ, гиперемия кожных покровов, повышение температуры тела
- артериальная гипертензия, тахикардия, возбуждение
- анурия, артериальная гипертензия, диарея

После перенесенного оперативного вмешательства пациенту показано

- ежемесячное ультразвуковое исследование сердца (1 раз в месяц)
- наблюдение у кардиолога 1 раз в год
- поведение электрокардиографии 1 раз в неделю
- контролирование уровня артериального давления 1 раз в день

Пациенту с коарктацией аорты рекомендовано наблюдение кардиолога

- ежемесячное ультразвуковое исследование сердца (1 раз в месяц)
- наблюдение у кардиолога 1 раз в год
- поведение электрокардиографии 1 раз в неделю
- контролирование уровня артериального давления 1 раз в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. 1 сентября 2018 года родился доношенный мальчик у матери 28 лет от 2 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.

В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.

Масса тела ребенка при рождении 3490 г, длина 52 см, окружность головы 41 см.

В возрасте 20 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери А(II), Rh - положительная.

Соматический анамнез: бронхиальная астма, контролируемая, легкое течение.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2012 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно,

протекала: I-й триместр, II-й триместр – без особенностей, III-й триместр – легкая анемия, принимала препараты железа.

Объективный статус

Возраст ребенка – 25 минут жизни.
ЧСС = 166-170 уд/мин, ЧД 68-74 в минуту SpO~2~ = 93-96%, АД = 60/36/42 мм.рт.ст. Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, цианоза нет, дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 2 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- ежемесячное ультразвуковое исследование сердца (1 раз в месяц)
- наблюдение у кардиолога 1 раз в год
- поведение электрокардиографии 1 раз в неделю
- контролирование уровня артериального давления 1 раз в день

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- ежемесячное ультразвуковое исследование сердца (1 раз в месяц)
- наблюдение у кардиолога 1 раз в год
- поведение электрокардиографии 1 раз в неделю
- контролирование уровня артериального давления 1 раз в день

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- ежемесячное ультразвуковое исследование сердца (1 раз в месяц)

- наблюдение у кардиолога 1 раз в год
- поведение электрокардиографии 1 раз в неделю
- контролирование уровня артериального давления 1 раз в день

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Фентона
- Даунса
- Боллард
- Дубовица

При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно

- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами
- выявление пневмомедиастинума, пневмоторакса, гидроторакса
- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах

В данной клинической ситуации с целью верификации диагноза необходимо определение

- уровня билирубина капиллярной крови и оценка его почасового прироста
- уровня натрия в биохимическом анализе крови
- С-реактивного белка
- уровня тромбоцитов в клиническом анализе крови

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение диагностической люмбальной пункции
- проведение диагностической пункции перикарда
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии (CPAP)
- проведение диагностической плевральной пункции

В данной клинической ситуации ребенку при поступлении в отделение следует начать

- дотацию кислорода диффузно
- инвазивную респираторную терапию - искусственную вентиляцию легких
- дотацию оксида азота
- неинвазивную респираторную терапию

В данной ситуации на фоне респираторной терапии характерно

- снижение дыхательных нарушений
- снижение артериального давления
- появление брадикардии
- снижение уровня лейкоцитов

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- не показана
- показана аминогликозидами
- показана защищенными пенициллинами
- показана незащищенными пенициллинами

В данной клинической ситуации проведение клинического анализа крови необходимо проводить

- на 1, 2, 5, 7 сутки жизни
- ежедневно в течение первой недели жизни
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- еженедельно в течение первого месяца жизни

В данной клинической ситуации определение содержания С-реактивного белка в крови необходимо проводить

- на 1, 2, 5, 7 сутки жизни
- ежедневно в течение первой недели жизни
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- еженедельно в течение первого месяца жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Дежурный неонатолог вызван для консультации в отделение новорожденных

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Акушерский анамнез: I беременность – 2010г. - внематочная, тубэктомия слева, II- - данная, наступила в результате ЭКО и ПЭ.
Течение беременности:
1 триместр – токсикоз легкой степени, угроза прерывания на 6-й неделе, находилась на стационарном лечении;
2 триместр - без особенностей;
3 триместр - отеки, ОРВИ с повышением температуры до 37,8°С, ринит, проводилось симптоматическое лечение.
Роды: I срочные, оперативные роды на сроке 38 недель путем операции кесарево сечение.
Группа крови матери А(II) вторая, Rh - положительный

Анамнез заболевания

В периоде ранней адаптации новорожденный наблюдался в отделении новорожденных. С началом энтерального питания стали отмечаться необильные срыгивания створоженным молоком. Обращало на себя внимание прогрессивное нарастание иктеричности кожных покровов. Консультирован дежурным неонатологом, осуществлен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Объективный статус

Возраст – 1 сутки жизни. Масса при рождении 2860 г, длина 49,5 см, окружность головы 30 см (менее 3 прц)

Состояние ребенка тяжелое. ЧД=68/мин, ЧСС = 145уд/мин, SpO~2~= 93%, АД = 66/37 (45) мм.рт.ст. В микроклимате кувеза.

Состояние тяжелое, отмечаются дыхательные нарушения в виде тахипноэ до 70 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Была налажена респираторная терапия методом CPAP.

Кожа иктеричная, чистая, сыпи нет.

Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена, крик средней силы, рефлексы новорожденных вызываются с латентным периодом, нестойкие. Мышечный тонус умеренно снижен, индуцированный тремор конечностей.

Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, с обеих сторон выслушиваются крепитирующие хрипы.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, селезенка +2,0 см. Перистальтика активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Не мочился.

<u>При первичном обследовании у ребенка с подозрением на течение инфекционного процесса контролируется</u>

- на 1, 2, 5, 7 сутки жизни
- ежедневно в течение первой недели жизни
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- еженедельно в течение первого месяца жизни

Результаты обследования

<u>К необходимым для выявления возбудителя лабораторным методам исследования относят</u>

- на 1, 2, 5, 7 сутки жизни
- ежедневно в течение первой недели жизни
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- еженедельно в течение первого месяца жизни

Результаты обследования

К дополнительным лабораторным методам обследования ребенка с ранней прогрессирующей гипербилирубинемией относят

- на 1, 2, 5, 7 сутки жизни
- ежедневно в течение первой недели жизни
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- еженедельно в течение первого месяца жизни

Результаты лабораторного метода обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- на 1, 2, 5, 7 сутки жизни
- ежедневно в течение первой недели жизни
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- еженедельно в течение первого месяца жизни

Диагноз

К дополнительным обследованиям для постановки диагноза относят

- иммунофенотипирование лимфоцитов
- биохимический анализ мочи
- определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови
- исследование сыворотки крови новорожденного одновременно количественно на IgM и IgG к антигенам ЦМВ методом ИФА (или ХЛИА)

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- компьютерную томографию черепа
- исследование церебральной функции мозга
- нейросонографию
- УЗИ щитовидной железы

Сформулируйте окончательный диагноз

- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма
- генерализованная вирусная инфекция неуточненной этиологии
- инфекция, специфичная для перинатального периода
- врожденная ЦМВ инфекция, тяжелая форма

Стартовым препаратом выбора для лечения средне-тяжелой и тяжелой формы цитомегаловирусной инфекции является

- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- ганцикловир
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ацикловир

Суточная доза ганцикловира должна составлять +_____+ мг/кг

- 10
- 12
- 5
- 6

Курс лечения противовирусными препаратами тяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции у данного пациента должен продолжаться

- 21 день
- 6 месяцев
- до полной элиминации вируса из крови
- 6 недель

Показанием для отмены или снижения дозы ганцикловира является

- лейкопения (менее 3,0 10^9^/л)
- нейтропения (менее 500 кл в мкл)
- олигурия
- тромбоцитопения (менее 100 х10^9^/л)

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- лейкопения (менее 3,0 10^9^/л)
- нейтропения (менее 500 кл в мкл)
- олигурия
- тромбоцитопения (менее 100 х10^9^/л)

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Глубоконедоношенный новорожденный наблюдается неонатологом в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Акушерский анамнез: I беременность данная, наступила самопроизвольно.
Течение беременности:
I триместр: 8-9 недель угроза прерывания, стационарное лечение;
II триместр: периодическое повышение артериального давления (АД), в 27 недель –

стационарно лечение (проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода, магнезиальная, антигипертензивная терапия - допегит 1,5 г/сут), протеинурия - 13,2 г/л, по данным УЗИ плода - ФПК и МПК в норме.
III триместр – повышение АД максимально до 160/100 мм. рт. ст. (антигипертензивная терапия - допегит 1,5 г/сут). В 29 недель ОРВИ без повышения температуры (ринит), проводилось симптоматическое лечение.
Роды: I преждевременные, оперативные на сроке 30 недель путем экстренной операции кесарево сечение, в связи с нарастанием тяжести преэклампсии.
Группа крови матери B (III) третья, Rh - положительный

Анамнез заболевания
Недоношенная девочка от 1 преждевременных родов путем операции кесарево сечение, в связи с нарастанием степени тяжести состояния матери. Оценена по шкале Апгар 5/6 баллов. В родзале потребовала проведения респираторной поддержки методом постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP) через лицевую маску, ИВЛ маской, с заместительной целью на 20 минуте вводил экзогенный сурфактант из расчета 200 мг/кг методом INSURE. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной ИВЛ ребенок был переведен в ОРИТН, где при поступлении продолжена респираторная терапия методом Biphasic.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни. Масса при рождении 780 г, длина 35 см, окружность головы 26 см.(50 прц)
ЧД= 68/мин, ЧСС = 145уд./мин, SpO~2~= 93%, АД = 66/37 (45) мм рт.ст.
Состояние тяжелое, отмечаются дыхательные нарушения. Проводится респираторная терапия. В микроклимате кувеза.
Кожный покров розовый, чистый. Слизистые розовые, тургор умеренно снижен.
Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена, гримаса плача, рефлексы новорожденных вызываются с латентным периодом, нестойкие. Мышечный тонус умеренно снижен. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, ослаблено, крепитирующие хрипы с двух сторон симметрично. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум систолический. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +3,5 см из-под края реберной дуги, селезенка +2,0 см. Перистальтика активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы не полностью прикрывают малые.

Ребенку с дыхательными нарушениями проводится первичное обследование, включающее в себя

- лейкопения (менее 3,0 10^9^/л)
- нейтропения (менее 500 кл в мкл)
- олигурия
- тромбоцитопения (менее 100 х10^9^/л)

Результаты обследования

К необходимым лабораторным методам исследования для выявления возбудителя заболевания относят

- лейкопения (менее 3,0 10^9^/л)
- нейтропения (менее 500 кл в мкл)
- олигурия
- тромбоцитопения (менее 100 х10^9^/л)

Результаты лабораторных методов исследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- лейкопения (менее 3,0 10^9^/л)
- нейтропения (менее 500 кл в мкл)
- олигурия
- тромбоцитопения (менее 100 х10^9^/л)

Диагноз

К необходимым дополнительным обследованиям для постановки диагноза относят

- определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в слюне, моче
- определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови
- микробиологическое исследование кала
- иммунофенотипирование лимфоцитов

К дополнительным лабораторным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- биохимический анализ крови
- непрямую пробу Кумбса
- гемостазиограмму
- общий анализ мочи

Сформулируйте окончательный диагноз

- врожденная цитомегаловирусная инфекция, среднетяжелая форма
- инфекция, специфичная для перинатального периода
- врожденная цитомегаловирусная инфекция, субклиническая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, тяжелая форма

Стартовым препаратом выбора для лечения тяжелой формы цитомегаловирусной инфекции является

- ганцикловир

- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- ацикловир
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный

Суточная доза ганцикловира должна составлять +_____+ мг/кг

- 10
- 12
- 6
- 5

Курс лечения противовирусными препаратами тяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции у данного пациента должен составлять

- 6 месяцев
- не более 6 недель
- 14 дней
- 21 день

Дополнительным препаратом для лечения тяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции может являться

- иммуноглобулин человека против гепатита В
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- внутривенный иммуноглобулин человека [IgG]
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- пастеризованным молоком в течение 6 недель
- искусственной смесью
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 месяцев

Лечение врожденной цитомегаловирусной инфекции с изолированным снижением слуха противовирусными препаратами

- пастеризованным молоком в течение 6 недель
- искусственной смесью
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0 (I) первая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери:
1 беременность: данная, наступила самопроизвольно.
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 35 недель увеличение шейных лимфоузлов с субфебрильной температурой, лечилась симптоматически, анемия беременных.

Анамнез заболевания
Ребенок от 1 беременности, первых самопроизвольных срочных родов на сроке 39 недель. Масса тела при рождении 3640 г, длина 51 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни.
Состояние ребенка удовлетворительное. ЧД=40/мин, ЧСС = 142 уд/мин, SpO~2~= 98%, АД = 68/39 (47) мм.рт.ст. Наблюдается в кроватке.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому.
Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

С диагностической целью, учитывая анамнез матери (увеличение лимфоузлов с субфебрильной температурой) ребенку показан контроль

- пастеризованным молоком в течение 6 недель
- искусственной смесью
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 месяцев

Результаты обследования

Ребенку с учетом материнского анамнеза (увеличение лимфоузлов с субфебрилитетом) для исключения наличия врожденной вирусной инфекции и верификации возбудителя показано

- пастеризованным молоком в течение 6 недель
- искусственной смесью
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 месяцев

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- пастеризованным молоком в течение 6 недель
- искусственной смесью
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 месяцев

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции для подтверждения диагноза показано

- определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в крови
- определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови
- микробиологическое исследование мокроты
- микробиологическое исследование крови на стерильность

К дополнительным лабораторным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- гемостазиограмму
- иммунограмму
- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи

К дополнительным инструментальным методам обследования ребенка с врожденной цитомегаловирусной инфекцией относят

- рентгенографическое исследование почек с контрастом
- УЗИ щитовидной железы
- аудиологический тест
- допплерографическое исследование сосудов головного мозга

Сформулируйте окончательный диагноз

- врожденная цитомегаловирусная инфекция, среднетяжелая форма

- инфекция специфичная для перинатального периода
- врожденная цитомегаловирусная инфекция, легкая форма
- врожденная цитомегаловирусная инфекция, субклиническая форма

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- показано - валацикловира
- показано - ганцикловира
- не показано
- показано - валганцикловира

При субклинической форме врожденной ЦМВИ показано обязательное диспансерное наблюдение врача

- пульмонолога
- кардиолога
- сурдолога-отоларинголога
- гастроэнтеролога

Режим дозирования иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного составляет 1 мг/кг каждые +_____+ часов

- 72
- 48
- 24
- 12

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- искусственной молочной смесью
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 недель

При среднетяжелой форме курс лечения врожденной цитомегаловирусной инфекции противовирусными препаратами должен составлять

- искусственной молочной смесью
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: хронический сальпингоофорит
Акушерский анамнез матери:
1 беременность: данная, наступила самопроизвольно.
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 16 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 29 и в 33 недели бессимптомные эпизоды подъема температуры до 37,3˚С, не лечилась, анемия беременных.

Анамнез заболевания
Ребенок от 1 беременности, первых самопроизвольных срочных родов на сроке 39 недель, масса при рождении 3200 г, длина 51 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни.
Состояние ребенка удовлетворительное. ЧД=40/мин, ЧСС = 142 уд/мин, SpO~2~=98%, АД = 68/39 (47) мм.рт.ст. Наблюдается в кроватке.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому.
Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

<u>С диагностической целью, учитывая анамнез матери (бессимптомные эпизоды подъема температуры) ребенку показано</u>

- искусственной молочной смесью
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 недель

Результаты обследования

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции показан контроль

- искусственной молочной смесью
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 недель

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- искусственной молочной смесью
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- нативным молоком
- стерилизованным молоком 6 недель

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции для подтверждения диагноза показано

- определение ДНК цитомегаловируса (_Cytomegalovirus_) методом ПЦР в режиме реального времени (_rtPCR_) в крови
- микробиологическое исследование мочи на стерильность
- микробиологическое исследование кала
- иммунофенотипирование лимфоцитов

К дополнительным лабораторным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- общий анализ мочи
- гемостазиограмму
- биохимический анализ крови
- иммунограмму

Для уточнения формы заболевания необходима консультация

- ортопеда
- хирурга
- отоларинголога
- офтальмолога

Сформулируйте окончательный диагноз

- врожденная цитомегаловирусная инфекция, субклиническая форма
- врожденная цитомегаловирусная инфекция, тяжелая форма

- врожденная цитомегаловирусная инфекция, легкая форма
- инфекция специфичная для перинатального периода

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- показано - ганцикловира
- не показано
- показано -валганцикловира
- показано - валацикловира

При субклинической форме врожденной ЦМВИ показано обязательное диспансерное наблюдение врача

- дерматолога
- ортопеда
- нефролога
- невролога

Доза и интервал введения препарата иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного составляет +___+ мл/кг каждые +_____+ часа/часов

- 1; 48
- 1; 24
- 2; 24
- 5; 72

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- донорским молоком от серонегативной матери
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком

Лечение изолированного снижения слуха противовирусными препаратами

- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- донорским молоком от серонегативной матери
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Новорожденный 3-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0 (I) первая, Rh - положительный
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери:
1 беременность: данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 35 недель по УЗИ плода выявлено многоводие, анемия беременных.

Анамнез заболевания
Ребенок от 1 беременности, первых самопроизвольных срочных родов на сроке 38 недель. Масса тела при рождении 3590 г, длина 51 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Объективный статус
Возраст – 3 сутки жизни.
Состояние ребенка удовлетворительное. ЧД=40/мин, ЧСС = 142уд/мин. Наблюдается в кроватке.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому.
Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

<u>Ребенку в возрасте 3-4 суток жизни проводят</u>

- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- донорским молоком от серонегативной матери
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком

Результаты обследования

<u>Ребенку с отрицательным результатом аудиологического скрининга показано</u>

- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- донорским молоком от серонегативной матери
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки
- донорским молоком от серонегативной матери
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции в сомнительных случаях для подтверждения диагноза показано

- исследование сыворотки крови новорожденного одновременно количественно на IgM и IgG к антигенам ЦМВ методом ИФА (или ХЛИА)
- микробиологическое исследование мокроты
- иммунофенотипирование лимфоцитов
- микробиологическое исследование крови на стерильность

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- УЗИ исследование почек
- допплерографическое исследование сосудов мезентериального кровотока
- нейросонографию
- рентгенографию брюшной полости

Для уточнения формы заболевания необходима консультация

- кардиолога
- нейрохирурга
- невролога
- хирурга

Окончательный диагноз в данной клинической ситуации

- врожденная ЦМВ инфекция с изолированным снижением слуха
- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма
- инфекция специфичная для перинатального периода
- генерализованная вирусная инфекция неуточненной этиологии

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- показано - иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- показано - валацикловира
- показано - ганцикловира

- не показано

Курс противовирусными препаратами при среднетяжелой и тяжелой форме должен составлять

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 6 недель
- 21 день

Дополнительным лечением при терапии противовирусными препаратами является назначение

- ацикловира
- иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- препарата иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного
- внутривенного иммуноглобулина человека [IgG]

Курс лечения препаратом иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного составляет +_____+ введения/введений

- 10-14
- 1-2
- 7-9
- 3-6

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- 10-14
- 1-2
- 7-9
- 3-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 4-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери: 1 беременность данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение),

анемия;
III триместр: в 31 неделю ОРВИ без повышения температуры, анемия беременных.

Анамнез заболевания
Ребенок от 1 беременности, первых оперативных родов на сроке 38 недель в связи с клинически узким тазом, масса при рождении 4050 г, длина 54 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Объективный статус
Возраст – 4 сутки жизни.
Состояние ребенка удовлетворительное. ЧД=40/мин, ЧСС = 142уд/мин. Наблюдается в кроватке.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый. Остаток пуповины в скобе. Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу. Мочится.

Ребенку в возрасте 3-4 суток жизни проводят

- 10-14
- 1-2
- 7-9
- 3-6

Результаты обследования

Ребенку с отрицательным результатом аудиологического скрининга показано

- 10-14
- 1-2
- 7-9
- 3-6

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- 10-14
- 1-2
- 7-9
- 3-6

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции для подтверждения диагноза показано

- определение уровня ферритина в крови
- определение ДНК цитомегаловируса (Cytomegalovirus) методом ПЦР в крови
- микробиологическое исследование мочи
- микробиологическое исследование крови на стерильность

К дополнительным лабораторным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- коагулограмму
- определение С-пептида в крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- нейросонографию
- рентгенографию брюшной полости
- компьютерную томографию сердца
- допплерографическое исследование сосудов мезентериального кровотока

Окончательный диагноз в данной клинической ситуации

- врожденная пневмония
- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма
- врожденная ЦМВ инфекция с изолированным билатеральным снижением слуха
- инфекция специфичная для перинатального периода

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- показано - иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- показано - ацикловира
- не показано
- показано - ганцикловира

Курс противовирусными препаратами при среднетяжелой и тяжелой форме должен составлять

- 4 месяца
- 6 недель
- 14 дней
- 6 месяцев

Дополнительным лечением при терапии противовирусными препаратами является назначение

- иммуноглобулина человека против гепатита В
- препарата иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного
- иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- внутривенного иммуноглобулина человека [IgG]

Доза и интервал введения препарата иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного составляет +_____+ мл/кг каждые +_____+ часа/часов

- 2; 24
- 1; 48
- 5; 72
- 1; 24

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- 2; 24
- 1; 48
- 5; 72
- 1; 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери: 1 беременность данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 32 недели ОРВИ без повышения температуры, лечилась симптоматически, анемия беременных.

Анамнез заболевания
Ребенок от 1 беременности, первых самопроизвольных срочных родов на сроке 39 недель, масса при рождении 3950 г, длина 52 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. У ребенка обращала на себя внимание петехиальныя сыпь на туловище и конечностях.

Объективный статус

Возраст – 1 сутки жизни.

Состояние ребенка удовлетворительное. ЧД=50/мин, ЧСС = 142уд/мин, SpO~2~= 98%, АД = 68/39 (47) мм.рт.ст. Наблюдается в кроватке.

Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый, на лице и шее, туловище и конечностях петехиальная сыпь. Остаток пуповины в скобе.

Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

С диагностической целью, учитывая анамнез (ОРВИ во время беременности) ребенку с петехиальной сыпью показан контроль

- 2; 24
- 1; 48
- 5; 72
- 1; 24

Результаты обследования

Ребенку с тромбоцитопенией в клиническом анализе крови для исключения наличия врожденной вирусной инфекции и верификации возбудителя показано

- 2; 24
- 1; 48
- 5; 72
- 1; 24

Результаты обследования

На основании проведенного обследования предположительный диагноз

- 2; 24
- 1; 48
- 5; 72
- 1; 24

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции инфекции в сомнительных случаях для подтверждения диагноза показано

- неонатальный скрининг
- микробиологическое исследование крови на стерильность
- исследование сыворотки крови новорожденного одновременно количественно на IgM и IgG к антигенам ЦМВ методом ИФА (или ХЛИА)
- микробиологическое исследование мокроты

С целью установления формы заболевания необходимо провести исследование

- иммунофенотипирования лимфоцитов
- биохимического анализа крови
- общего анализа мочи
- гемостазиограммы

С целью уточнения формы заболевания к дополнительным инструментальным методам обследования относят

- допплерографическое исследование сосудов головного мозга
- аудиологический тест
- УЗИ почек
- рентгенографию брюшной полости

На основании результатов проведенного обследования окончательный диагноз

- инфекция специфичная для перинатального периода
- генерализованная вирусная инфекция неуточненной этиологии
- врожденная ЦМВ инфекция, легкая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, среднетяжелая форма

При лечении данного пациента назначение противовирусных препаратов

- не показано
- показано ацикловиром
- показано ганцикловиром или валганцикловиром
- показано валацикловиром

Дополнительным лечением среднетяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции является назначение

- внутривенного иммуноглобулина человека [IgG]
- ацикловира
- иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного
- иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]

Курс лечения препаратом иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного рассчитан на

- 3-6 введений
- 2 введения
- 7-10 введений
- однократное введение

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- стерилизованным молоком 6 недель
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки

В случае обнаружения изолированного снижения слуха при врожденной цитомегаловирусной инфекции лечение противовирусными препаратами

- стерилизованным молоком 6 недель
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0 (I) первая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери: 1 беременность в 2010 году – ребенок здоров
1 беременность: данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 35 недель на УЗИ отмечено утолщение плаценты с включениями кальцинатов.

Анамнез заболевания
Ребенок от 2 беременности, первых самопроизвольных срочных родов на сроке 37 недель. Масса тела при рождении 2150 г, длина 44 см, окружность головы 33 см (50 прц)

Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. У ребенка обращала на себя внимание умеренная гепатомегалия +3,0 см из под края реберной дуги.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни.
Состояние ребенка удовлетворительное. ЧД=40/мин, ЧСС = 142уд/мин, SpO~2~= 98%, АД = 68/39 (47) мм рт.ст. Наблюдается в кроватке.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый, чистый. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +3,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу. Мочится.

С диагностической целью, учитывая анамнез (утолщение плаценты с включениями кальцинатов по данным антенатального УЗИ), ребенку с умеренной гепатомегалией показан контроль

- стерилизованным молоком 6 недель
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки

Результаты обследования

Ребенку с тромбоцитопенией в клиническом анализе крови для исключения наличия врожденной вирусной инфекции и верификации возбудителя показано

- стерилизованным молоком 6 недель
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- стерилизованным молоком 6 недель
- искусственной молочной смесью
- нативным молоком
- искусственной смесью на основе гидролизованного белка молочной сыворотки

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции в сомнительных случаях для подтверждения диагноза показано

- микробиологическое исследование крови на стерильность
- исследование сыворотки крови новорожденного одновременно количественно на IgM и IgG к антигенам ЦМВ методом ИФА (или ХЛИА)
- микробиологическое исследование мочи на стерильность
- иммунофенотипирование лимфоцитов

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- рентгенографию брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости
- допплерографическое исследование сосудов почек
- церебральную оксиметрию

Для уточнения формы заболевания необходима консультация

- офтальмолога
- хирурга
- нефролога
- ортопеда

На основании проведенного обследования окончательный диагноз

- врожденная ЦМВ инфекция, легкая форма
- инфекция специфичная для перинатального периода
- врожденная ЦМВ инфекция, среднетяжелая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма

Диагноз среднетяжелой формы у данного пациента устанавливается на основании

- утолщения плаценты с кальцинатами по данным антенатального УЗИ, тромбоцитопении, уровня копий ЦМВ в крови
- малого размера к сроку гестации без микроцефалии, анемии во время беременности, умеренной гепатомегалии
- уровня копий вируса в крови, малого размера к сроку гестации без микроцефалии, утолщения плаценты с кальцинатами по данным антенатального УЗИ
- тромбоцитопении, умеренной гепатомегалии, малого размера к сроку гестации без микроцефалии

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- не показано

- показано – ганцикловира или валганцикловира
- показано - ацикловира
- показано - валацикловира

Дополнительным лечением среднетяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции является назначение

- иммуноглобулина человека против гепатита В
- иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного
- внутривенного иммуноглобулина человека [IgG]

Доза и интервал введения препарата иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного составляет +____+ мл/кг каждые +_____+ часа/часов

- 2; 72
- 1; 48
- 1; 24
- 2; 24

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- 2; 72
- 1; 48
- 1; 24
- 2; 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в отделении новорожденных.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери: 1 беременность данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 32 недели катаральные явления с повышением температуры, лечилась симптоматически, анемия беременных.

Анамнез заболевания
Ребенок от 1 беременности, первых самопроизвольных срочных родов на сроке 38

недель. Масса тела при рождении 2330 г, длина 45 см, окружность головы 34 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. У ребенка обращала на себя внимание петехиальныя сыпь на туловище и конечностях.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни.
Состояние ребенка средней тяжести. ЧД=50/мин, ЧСС = 142уд/мин, SpO~2~= 98%, АД = 68/39 (47) мм.рт.ст. Наблюдается в кроватке.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров розовый, на лице и шее, туловище и конечностях петехиальная сыпь. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр активная, в виде двигательного беспокойства, крик громкий эмоциональный, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

С диагностической целью, учитывая анамнез (катаральные явления с повышением температуры) ребенку с петехиальной сыпью показан контроль

- 2; 72
- 1; 48
- 1; 24
- 2; 24

Результаты обследования

Ребенку с тромбоцитопенией и лейкопенией в клиническом анализе крови для исключения течения врожденной вирусной инфекции и верификации возбудителя показано

- 2; 72
- 1; 48
- 1; 24
- 2; 24

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования можно предположить диагноз

- 2; 72
- 1; 48
- 1; 24

- 2; 24

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции в сомнительных случаях для подтверждения диагноза показано

- определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови
- микробиологическое исследование крови на стерильность
- исследование сыворотки крови новорожденного одновременно количественно на IgM и IgG к антигенам ЦМВ методом ИФА (или ХЛИА)
- микробиологическое исследование отделяемого со слизистой зева

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- рентгенографию брюшной полости
- УЗИ щитовидной железы
- нейросонографию
- исследования церебральной функции мозга

К дополнительным консультациям специалистов для уточнения формы заболевания относят консультацию

- нейрохирурга
- хирурга
- ортопеда
- офтальмолога

На основании проведенного обследования окончательный диагноз

- врожденная ЦМВ инфекция, легкая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, средне-тяжелая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма
- инфекция специфичная для перинатального периода

Назначение противовирусных препаратов в данном случае

- показано - валацикловира
- показано - иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- не показано
- показано - ганцикловира или валганцикловира

Дополнительным лечением среднетяжелой формы цитомегаловирусной инфекции при терапии противовирусными препаратами является назначение

- внутривенного иммуноглобулина человека[IgG]

- иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного
- ацикловира
- иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]

Курс лечения препаратами ганцикловир или валганцикловир составляет

- 6 месяцев
- 21 день
- 4 месяца
- 6 недель

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- искусственной молочной смесью
- стерилизованным молоком 6 недель
- пастеризованным молоком
- нативным молоком

Показанием для временной отмены препарата ганцикловир является

- искусственной молочной смесью
- стерилизованным молоком 6 недель
- пастеризованным молоком
- нативным молоком

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0 (I) первая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери: 1 беременность в 2017 году – ребенок здоров,
2 беременность данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза, легкая анемия беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 32 недели – катаральный фарингит с субфебрильной температурой, лечилась симптоматически, многоводие.

Анамнез заболевания
Ребенок от 2 беременности, вторых самопроизвольных срочных родов на сроке 40

недель. Масса тела при рождении 3330 г, длина 52 см, окружность головы 35 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. У ребенка обращала на себя внимание бледность и субиктеричность кожных покровов.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни.
Состояние ребенка средней тяжести. ЧД=50/мин, ЧСС = 142уд/мин, SpO~2~= 98%, АД = 68/39 (47) мм.рт.ст. Наблюдается в условиях инкубатора.
Дыхательных нарушений нет. Кожный покров иктеричный на бледно-розовом фоне. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр снижена, крик средней силы, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, быстро угасают. Мышечный тонус умеренно гипотоничен. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

С диагностической целью, учитывая акушерский анамнез (катаральный фарингит с субфебрильной температурой, многоводие) ребенку с бледностью и субиктеричностью кожных покровов показан контроль

- искусственной молочной смесью
- стерилизованным молоком 6 недель
- пастеризованным молоком
- нативным молоком

Результаты обследования

Ребенку с анемией, тромбоцитопенией, лейкопенией в клиническом анализе крови, для исключения течения врожденной вирусной инфекции и верификации возбудителя, показано

- искусственной молочной смесью
- стерилизованным молоком 6 недель
- пастеризованным молоком
- нативным молоком

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- искусственной молочной смесью
- стерилизованным молоком 6 недель

- пастеризованным молоком
- нативным молоком

Диагноз

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции для подтверждения диагноза показано

- определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови
- определение ДНК цитомегаловируса (_Cytomegalovirus_) методом ПЦР в режиме реального времени (rtPCR) в крови
- исследование коагулограммы
- микробиологическое исследование крови на стерильность

К дополнительным лабораторным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- биохимический анализ крови
- иммунофенотипирование лимфоцитов
- уровень тропонина в сыворотке крови
- кислотно-основное состояние и газовый состав крови

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- аудиологический тест
- допплерографическое исследование сосудов почек
- рентгенографическое обследование брюшной полости
- компьютерную томографию черепа

На основании проведенного обследования окончательный диагноз

- врожденная ЦМВ инфекция, средне-тяжелая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма
- инфекция специфичная для перинатального периода
- врожденная ЦМВ инфекция, легкая форма

Диагноз среднетяжелой формы у данного пациента устанавливается на основании

- панцитопении, уровня трансаминаз, конъюгационной гипербилирубинемии
- конъюгационной гипербилирубинемии, угнетения функции ЦНС, уровня копий вируса в крови
- уровня копий вируса в крови, уровня трансаминаз, анемии
- многоводия у матери, субфебрилитета у матери, тромбоцитопении

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- показано - иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- не показано
- показано - валацикловира
- показано - ганцикловира или валганцикловира

Дополнительным лечением среднетяжелой формы цитомегаловирусной инфекции при терапии противовирусными препаратами является назначение

- внутривенного иммуноглобулина человека [IgG]
- иммуноглобулина человека против гепатита В
- иммуноглобулина человека нормального [IgG+IgA+IgM]
- иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного

Курс лечения препаратами ганцикловир или валганцикловир составляет

- 6 месяцев
- 6 недель
- 21 день
- 3 месяца

Показанием для временной отмены препарата ганцикловир является

- 6 месяцев
- 6 недель
- 21 день
- 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. 28 сентября 2019 года родился доношенный мальчик у матери 38 лет от 2 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3480 г, длина 51 см, окружность головы 40 см.
В возрасте 22 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II), Rh - положительная.
Соматический анамнез: бронхиальная астма, контролируемая, легкое течение.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок,

доношенная девочка, здорова; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр, II-й триместр – без особенностей, III-й триместр – легкая анемия, принимала препараты железа.

Объективный статус
Возраст ребенка – 22 минуты жизни.
ЧСС = 168-172 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~ = 93-96%, АД = 60/32/40 мм.рт.ст. Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, цианоза нет, дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- 6 месяцев
- 6 недель
- 21 день
- 3 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- 6 месяцев
- 6 недель
- 21 день
- 3 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 6 месяцев
- 6 недель
- 21 день
- 3 месяца

Диагноз

<u>В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале</u>

- Даунса
- Дубовица
- Белл
- Фентона

<u>При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно (-ны)</u>

- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами
- обогащенный прикорневой сосудистый рисунок, повышенная прозрачность легочных полей, уплощение купола диафрагмы, реже скопление жидкости в междолевых щелях и реберно-плевральных синусах
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление пневмоторакса справа, гидроторакса слева, ателектаза средней доли легкого справа

<u>Инфузионную терапию в первые 48 часов при транзиторном тахипноэ следует +_____+ мл/кг</u>

- увеличить до 100
- ограничить до 60
- придерживаться 80
- назначить из расчета 90

<u>Тактикой ведения и лечения ребенка является</u>

- проведение диагностической люмбальной пункции
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии
- проведение диагностической пункции брюшной полости
- проведение диагностической пункции перикарда

<u>При оценке по шкале Даунс более 3 баллов рекомендуется</u>

- применение метода CPAP
- начинать дотацию кислорода диффузно
- начинать дотацию оксида азота

- сразу начинать проведение ВЧОВ

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана препаратом резерва карбопенемом
- показана препаратом ампициллином
- не показана
- показана препаратом резерва ванкомицин

В данной ситуации на фоне респираторной терапии характерно

- повышение диуреза
- снижение дыхательных нарушений
- снижение артериального давления
- снижение уровня лейкоцитов

Транзиторное тахипноэ у новорожденный чаще возникает при

- хорионамнионите у матери
- лихорадке матери в родах
- плановом кесаревом сечении
- своевременных самопроизвольных родах

Продолжительность дыхательных нарушений при транзиторном тахипноэ обычно составляет

- хорионамнионите у матери
- лихорадке матери в родах
- плановом кесаревом сечении
- своевременных самопроизвольных родах

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. 18 июня 2019 года родился доношенный мальчик у матери 39 лет от 3 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3420 г, длина 49 см, окружность головы 36 см.
В возрасте 26 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери A(II), Rh - положительная.

Соматический анамнез: бронхиальная астма, контролируемая, легкое течение.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность- 2012 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 3-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр, II-й триместр – без особенностей, III-й триместр без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 26 минуts жизни.
ЧСС = 168-172 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~ = 93-96%, АД = 60/32/40 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, дышит комнатным воздухом, акроцианоз, петехиальные кровоизлияния в кожу лица. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута, на вдохе втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- хорионамнионите у матери
- лихорадке матери в родах
- плановом кесаревом сечении
- своевременных самопроизвольных родах

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- хорионамнионите у матери
- лихорадке матери в родах
- плановом кесаревом сечении
- своевременных самопроизвольных родах

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- хорионамнионите у матери
- лихорадке матери в родах
- плановом кесаревом сечении
- своевременных самопроизвольных родах

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Джонсона
- Даунса
- Апгар
- Фентона

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение антибактериальной терапии
- проведение диагностической бронхоскопии
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии
- проведение диагностической пункции перикарда

В данной клинической ситуации с целью верификации диагноза необходимо определение

- С-реактивного белка
- уровня натрия в биохимическом анализе крови
- уровня кальция в биохимическом анализе крови
- уровня билирубина капиллярной крови и оценка его почасового прироста

При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно

- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами
- выявление ателектазов в сочетании с синдром «утечки» воздуха
- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана препаратом резерва ванкомицин
- показана препаратом метронидазол
- показана препаратом ампициллином
- не показана

Дифференциальную диагностику транзиторного тахипноэ следует проводить с

- врожденной пневмонией
- инфекцией мочевыводящих путей
- гипертрофией миокарда
- некротизирующим энтероколитом

Объем инфузионной терапии при транзиторном тахипноэ в первые 48 часов составляет +_____+ мл/кг

- 120
- 90
- 60
- 100

Транзиторное тахипноэ чаще возникает при

- внутриутробной задержке плода
- клинических признаках хорионамнионита
- сахарном диабете у матери
- инфекции мочевыводящих путей у матери

Расстройство дыхания при транзиторном тахипноэ может продолжаться

- внутриутробной задержке плода
- клинических признаках хорионамнионита
- сахарном диабете у матери
- инфекции мочевыводящих путей у матери

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. 24 августа 2020 года родилась доношенная девочка у матери 37 лет от 3 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.

В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.

Масса тела ребенка при рождении 3360 г, длина 50 см, окружность головы 36 см.

В возрасте 30 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II), Rh - положительная.
Соматический анамнез: не отягощен.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2005 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность- 2010 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 3-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр, II-й триместр – ринит, без повышения температуры тела, местная терапия, III-й триместр без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минута жизни.
ЧСС = 168-172 уд/мин, ЧД 66-72 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 60/32/40 мм. рт.ст. Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, дышит комнатным воздухом, акроцианоз, петехиальные кровоизлияния в кожу лица, отек мягких тканей в теменно-затылочной области больше слева (в месте вставления головы). Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута, на вдохе втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стула при осмотре не было. Ребенок не мочился. Половые органы развиты по женскому типу.

<u>К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят</u>

- внутриутробной задержке плода
- клинических признаках хорионамнионита
- сахарном диабете у матери
- инфекции мочевыводящих путей у матери

Результаты лабораторных методов обследования

<u>Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является</u>

- внутриутробной задержке плода
- клинических признаках хорионамнионита
- сахарном диабете у матери
- инфекции мочевыводящих путей у матери

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- внутриутробной задержке плода
- клинических признаках хорионамнионита
- сахарном диабете у матери
- инфекции мочевыводящих путей у матери

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Даунса
- Глазго
- Апгар
- Фентона

В данной клинической ситуации с целью верификации диагноза необходимо исследование

- микробиологического посева крови
- уровня кальция в биохимическом анализе крови
- уровня D-dimer
- уровня натрия в биохимическом анализе крови

При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление инфильтративных и очаговых теней легочной ткани
- выявление ателектазов в сочетании с синдром «утечки» воздуха
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение диагностической бронхоскопии
- назначение кардиотонической терапии
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии

- назначение антибактериальной терапии

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана препаратом метронидазол
- показана препаратом ампициллином
- не показана
- показана препаратом из группы аминогликозидов

Дифференциальную диагностику транзиторного тахипноэ следует проводить с

- респираторным дистресс синдромом
- гемодинамически значимым артериальным протоком
- бронхолегочной дисплазией
- атрезией пищевода

В данной ситуации на фоне респираторной терапии характерно

- появление метаболических нарушений
- повышение уровня С-реактивного белка
- снижение артериального давления
- снижение дыхательных нарушений

Рентгенологическая картина нормализуется к

- концу первых суток
- 48-72 часам
- концу раннего неонатального периода
- 4-5 суткам жизни

Транзиторное тахипноэ чаще возникает при

- концу первых суток
- 48-72 часам
- концу раннего неонатального периода
- 4-5 суткам жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. 8 июля 2019 года родилась доношенная девочка у матери 40 лет от 3 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.

В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.

Масса тела ребенка при рождении 3390 г, длина 51см, окружность головы 36 см.
В возрасте 28 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II), Rh - положительная.
Соматический анамнез: не отягощен.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2005 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность- 2010 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 3-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр, II-й триместр – ринит, без повышения температуры тела, местная терапия, III-й триместр без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 28 минуts жизни.
ЧСС = 168-172 уд/мин, ЧД 66-72 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 60/32/40 мм. рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое за счет умеренно выраженных дыхательных нарушений. Нормотермия. Крик умеренной силы. Кожа розовая, дышит комнатным воздухом, акроцианоз, кожа чистая, отек мягких тканей в теменно-затылочной области больше слева (в месте вставления головы). Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута, на вдохе втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стула при осмотре не было. Ребенок не мочился. Половые органы развиты по женскому типу.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- концу первых суток
- 48-72 часам
- концу раннего неонатального периода
- 4-5 суткам жизни

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- концу первых суток
- 48-72 часам
- концу раннего неонатального периода
- 4-5 суткам жизни

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- концу первых суток
- 48-72 часам
- концу раннего неонатального периода
- 4-5 суткам жизни

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Апгар
- Фентона
- Даунса
- _Score_

В данной клинической ситуации с целью верификации диагноза необходимо определение

- Апгар
- Фентона
- Даунса
- _Score_

Результаты обследования

При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно

- выявление сегментарных двусторонних ателектазов в сочетании с синдром «утечки» воздуха
- выявление инфильтративных и очаговых теней легочной ткани
- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление пневмоторакса слева с ателектазом верхней доли правого легкого справа

Инфузионную терапию при транзиторном тахипноэ в первые 48 часов следует

- исключить
- рассчитывать по физиологическим потребностям
- увеличить
- ограничить

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- назначение противовирусной терапии
- назначение антибактериальной терапии
- проведение диагностической бронхоскопии
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- не показана
- показана препаратом из группы сульфаниламидов
- показана препаратом из группы аминогликозидов
- показана препаратом метронидазол

Дифференциальную диагностику транзиторного тахипноэ следует проводить с

- кишечной непроходимостью
- синдромом аспирации мекония
- бронхолегочной дисплазией
- инфекцией мочевыводящих путей

При дыхательных нарушениях у новорожденного следует выполнить

- МРТ головного мозга
- УЗИ брюшной полости
- исследование уровня билирубина в крови
- микробиологическое исследование крови

Транзиторное тахипноэ чаще возникает при

- МРТ головного мозга
- УЗИ брюшной полости
- исследование уровня билирубина в крови
- микробиологическое исследование крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в

родильный блок. 1сентября 2018 года родился доношенный мальчик у матери 37 лет от 2 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения, в связи с миомой матки больших размеров. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3220 г, длина 51 см, окружность головы 34,5 см.
В возрасте 30 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II), Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: Миома матки 10 х 8 см
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок, мальчик, здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, II-й триместр – без особенностей, III-й триместр – без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минут жизни.
ЧСС = 166-168 уд/мин, ЧД 68-72 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 58/36/40 мм. рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, акроцианоз – дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается затрудненный выдох. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- МРТ головного мозга
- УЗИ брюшной полости
- исследование уровня билирубина в крови
- микробиологическое исследование крови

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- МРТ головного мозга
- УЗИ брюшной полости
- исследование уровня билирубина в крови
- микробиологическое исследование крови

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- МРТ головного мозга
- УЗИ брюшной полости
- исследование уровня билирубина в крови
- микробиологическое исследование крови

Диагноз

Патогенез транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) заключается в

- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- дефиците эндогенного сурфактанта
- повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Основной симптом транзиторного тахипноэ - одышка с числом дыханий +_____+ в минуту

- менее 20
- 20-39
- более 60
- 40-59

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- синдромом Пьера-Робена
- кишечной непроходимостью
- врожденной пневмонией
- врожденным стридором

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение плевральной пункции
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии
- проведение очистительной клизмы
- назначение антибактериальной терапии

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня натрия в биохимическом анализе крови
- определение транскутанного уровня билирубина

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется в первые 2 часа жизни
- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни
- не требуется

Продолжительность транзиторного тахипноэ новорожденных обычно наблюдается

- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-5 дней
- в течение 1 месяца жизни
- в течение 1-го года жизни
- в течение первых 2 недель жизни

Прогноз при транзиторном тахипноэ новорожденных при неосложненном течении

- неблагоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- благоприятный
- летальный

Дифференциальную диагностику транзиторного тахипноэ следует проводить с

- неблагоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- благоприятный
- летальный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в

родильный блок. 1сентября 2016 года родился доношенный мальчик у матери 37 лет от 2 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения, в связи с миомой матки больших размеров. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
Вы врач неонатолог.
В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3220 г, длина 51 см, окружность головы 40,5 см.
В возрасте 30 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II), Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: Миома матки больших размеров 10 х 10 см
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок, мальчик, здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, II-й триместр – ринит, без повышения температуры, III-й триместр – без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минут жизни.
ЧСС = 166-168 уд/мин, ЧД 68-72 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 58/36/40 мм. рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, акроцианоз – дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается затрудненный выдох. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- неблагоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- благоприятный
- летальный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- неблагоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- благоприятный
- летальный

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- неблагоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- благоприятный
- летальный

Диагноз

Патогенез транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) заключается в

- повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления
- дефиците эндогенного сурфактанта
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- дефиците экзогенного сурфактанта

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови
- определение транскутанного уровня билирубина
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня калия в биохимическом анализе крови

На рентгенограмме характерными признаками является

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление инфильтративных и очаговых теней легочной ткани
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление ателектазов в сочетании с синдром «утечки» воздуха

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- синдромом Пьера-Робена
- геморрагической болезнью новорожденных
- врожденным стридором
- врожденной пневмонией

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- назначение антибактериальной терапии
- проведение пункции перикарда
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии
- проведение плевральной пункции

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется в первые 2 часа жизни
- требуется в первые сутки жизни
- требуется ежедневно в течение первой недели жизни
- не требуется

Одним из факторов риска развития транзиторного тахипноэ является (-ются)

- лихорадка матери в родах
- быстрые роды
- гипотиреоз у матери
- женский пол новорожденного

Нормализация рентгенологической картины в большинстве случаев происходит в

- 10-14 суток
- 48-72 часа
- возрасте 2-6 часов
- 6-7 дней жизни

При транзиторном тахипноэ в легких выслушивается (-ются)

- 10-14 суток
- 48-72 часа
- возрасте 2-6 часов
- 6-7 дней жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в

родильный блок.1сентября 2016 года родился доношенный мальчик у матери 38 лет от 2 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения, в связи с миомой матки больших размеров. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
Вы врач неонатолог.
В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3520 г, длина 51 см, окружность головы 40 см.
В возрасте 30 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II), Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: Миома матки 9 х 8 см
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок, мальчик, здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, II-й триместр – ринит, без повышения температуры, III-й триместр – без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минут жизни.
ЧСС = 166-168 уд/мин, ЧД 68-72 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 58/36/40 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, акроцианоз – дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается затрудненный выдох. Тоны сердца звучные, ритм правильный, систолический шум слева от грудины. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- 10-14 суток
- 48-72 часа
- возрасте 2-6 часов
- 6-7 дней жизни

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- 10-14 суток
- 48-72 часа
- возрасте 2-6 часов
- 6-7 дней жизни

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 10-14 суток
- 48-72 часа
- возрасте 2-6 часов
- 6-7 дней жизни

Диагноз

Патогенез транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) заключается в

- дефиците эндогенного сурфактанта
- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- избытке экзогенного сурфактанта
- повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- синдромом Пьера-Робена
- геморрагической болезнью новорожденных
- врожденной пневмонией
- врожденной краснухой

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови
- определение в крови белка S-100
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня калия в биохимическом анализе крови

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- назначение антибактериальной терапии
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии
- проведение плевральной пункции
- назначение противовирусной терапии

Специфическая медикаментозная терапия транзиторного тахипноэ

- включает в себя назначение свежезамороженной плазмы
- включает в себя назначение диуретиков
- включает в себя назначение антибактериальной терапии
- отсутствует

Основной симптом транзиторного тахипноэ - одышка с числом дыханий +_____+ в минуту

- 30-59
- менее 20
- более 60
- 20-29

Клиническая картина появляется

- на 4-5 сутки жизни
- к концу 1 суток жизни
- на 2-3 сутки жизни
- в первые 2-6 часов жизни

Одним из факторов риска развития транзиторного тахипноэ является

- мужской пол новорожденного
- женский пол новорожденного
- инфекция мочевыводящих путей матери
- высокий уровень С-реактивного белка у матери перед родами

Объем вводимой жидкости при проведении инфузионной терапии рекомендуется ограничить до 60 мл/кг

- мужской пол новорожденного
- женский пол новорожденного
- инфекция мочевыводящих путей матери
- высокий уровень С-реактивного белка у матери перед родами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в

родильный блок. 1 сентября 2016 года родился доношенный мальчик у матери 38 лет от 2 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения, в связи с миомой матки больших размеров. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3780 г, длина 53 см, окружность головы 40 см.
В возрасте 30 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери A(II), Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: Миома матки 9 х 9 см
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2010 год – физиологические роды в срок, ребенок здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, II-й триместр – ринит, без повышения температуры, III-й триместр – анемия легкой степени, лечение не проводилось.

Объективный статус
Возраст ребенка – 30 минут жизни.
ЧСС = 166 уд/мин, ЧД 73 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 64/38/45 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, акроцианоз – дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается затрудненный выдох. Тоны сердца звучные, ритм правильный, систолический шум слева от грудины. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- мужской пол новорожденного
- женский пол новорожденного
- инфекция мочевыводящих путей матери
- высокий уровень С-реактивного белка у матери перед родами

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- мужской пол новорожденного
- женский пол новорожденного
- инфекция мочевыводящих путей матери
- высокий уровень С-реактивного белка у матери перед родами

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- мужской пол новорожденного
- женский пол новорожденного
- инфекция мочевыводящих путей матери
- высокий уровень С-реактивного белка у матери перед родами

Диагноз

Патогенез транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) заключается в

- дефиците эндогенного и экзогенного сурфактанта
- незрелости дыхательного центра
- повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления
- повышенной продукции эндогенного и трансгенного сурфактанта

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- врожденным токсоплазмозом
- синдромом Пьера-Робена
- геморрагической болезнью новорожденных
- врожденным сепсисом

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- исследование церебральной функции мозга
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня натрия в биохимическом анализе крови
- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии
- назначение противовирусной терапии
- назначение антибактериальной терапии
- проведение противогрибковой терапии

Инфузионную терапию при транзиторном тахипноэ в первые 48 часов следует

- увеличить до 100 мл/кг
- ограничить до 60 мл/кг
- рассчитывать по физиологическим потребностям
- исключить

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется в возрасте до 6 часов жизни
- требуется в родильном зале
- требуется строго в первые 2 часа жизни
- не требуется

Прогноз при транзиторном тахипноэ новорожденных при неосложненном течении

- летальный
- может приводить к инвалидизации
- неблагоприятный
- благоприятный

Одним из факторов риска развития транзиторного тахипноэ является (-ются)

- кесарево сечение
- проведение полихимиотерапии матери во время беременности
- высокий С-реактивный белок у матери перед родами
- клинические признаки хорионамнионита

Нормализация рентгенологической картины в большинстве случаев происходит на

- кесарево сечение
- проведение полихимиотерапии матери во время беременности
- высокий С-реактивный белок у матери перед родами
- клинические признаки хорионамнионита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. N 31 декабря 2016 года родилась доношенная девочка у матери 36 лет. От 1 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения, в связи с миомой матки

больших размеров. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3680 г, длина 52 см, окружность головы 40,5 см.
В возрасте 25 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А(II) вторая, Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: Миома матки 10 х 10 см
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2016 год – физиологические роды в срок, ребенок здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, II-й триместр – ринит, без повышения температуры, III-й триместр – анемия легкой степени, проводилось лечение.

Объективный статус
Возраст ребенка – 25 минут жизни.
ЧСС = 170уд/мин, ЧД 75 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 67/39/49 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, акроцианоз – дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный, выслушивается негрубый систолический шум слева от грудины. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Ребенок не мочился. Половые органы развиты по женскому типу.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- кесарево сечение
- проведение полихимиотерапии матери во время беременности
- высокий С-реактивный белок у матери перед родами
- клинические признаки хорионамнионита

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- кесарево сечение
- проведение полихимиотерапии матери во время беременности
- высокий С-реактивный белок у матери перед родами
- клинические признаки хорионамнионита

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- кесарево сечение
- проведение полихимиотерапии матери во время беременности
- высокий С-реактивный белок у матери перед родами
- клинические признаки хорионамнионита

Диагноз

Патогенез транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) заключается в

- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- гиперперфузии малого круга кровообращения
- повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления
- дефиците эндогенного сурфактанта

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- синдромом Пьера-Робена
- респираторным дистресс синдромом
- наследственными болезнями обмена
- врожденным амилоидозом

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- исследование церебральной функции мозга
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня железа в биохимическом анализе крови
- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови

Тактикой ведения и лечения ребенка является перевод в отделение реанимации и

- назначение антибактериальной терапии
- назначение диуретической терапии

- назначение ингаляции пульмикортом
- проведение респираторной терапии

На рентгенограмме характерными признаками является

- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных и очаговых теней легочной ткани
- выявление ателектазов в сочетании с синдром «утечки» воздуха
- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- не требуется
- требуется в первые 2 часа жизни
- требуется в первые 18 часов жизни
- требуется в родильном зале

Транзиторное тахипноэ чаще возникает при

- трансплантированных органах у матерей
- инфекции мочевыводящих путей матери
- клинических проявлениях хорионамнионита
- сахарном диабете у матери

Длительность дыхательный расстройств при транзиторном тахипноэ новорожденных обычно составляет

- в течение 1 месяца жизни
- в течение первых 6 месяцев жизни
- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-5 дней
- в течение 2 недель жизни

Процесс клиренса фетальной жидкости начинается за +_____+ до начала родовой деятельности

- в течение 1 месяца жизни
- в течение первых 6 месяцев жизни
- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-5 дней
- в течение 2 недель жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный новорожденный 3-х суток жизни наблюдается неонатологом в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН)

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери АВ (IV) четвертая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери:
1 беременность: 2006 г. – кесарево сечение без особенностей
2 беременность: данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности: I триместр: протекал на фоне токсикоза, угрозы прерывания беременности;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 32 недель ринит, повышение температуры до 38°С, лечилась симптоматически, анемия беременных

Анамнез заболевания
Ребенок от 2 беременности, вторых самопроизвольных преждевременных родов на сроке 36 недель (преждевременное излитие околоплодных вод), массой при рождении 2950 г, длина 48 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Учитывая отмечавшиеся с рождения дыхательные нарушения, ребенок был доставлен в ОРИТН, где начата респираторная терапия NCPAP. К концу 1 суток жизни дыхательные нарушения с регрессом, ребенок был снят с респираторной терапии. На этом фоне оксигенация удовлетворительная, дыхательные нарушения не прогрессировали. Проводилось с целью верификации диагноза обследование на 1 сутки жизни, по результатам которого лабораторных данных за течение инфекционного процесса выявлено не было (маркеры воспалительного процесса отрицательные). Однако по данным ПЦР в крови обнаружено ДНК цитомегаловируса (ЦМВ). Запланировано обследование на 3 сутки жизни (после 48 часов жизни).

Объективный статус
Возраст – 3 сутки жизни.
Состояние ребенка тяжелое. ЧД=56/мин, ЧСС = 152уд/мин, SpO~2~= 96%, АД = 68/39 (47) мм.рт.ст. В микроклимате кувеза.
Дыхательные нарушения до 1 балла по шкале Сильверман, в виде небольшого втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Кожа субъиктеричная, чистая, сыпи не отмечается. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр в виде двигательного беспокойства, крик средней силы, рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме, пустышку сосет активно. Мышечный тонус умеренно снижен, индуцированный тремор конечностей.
Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, умеренно ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шум не выслушивается. Периферическая

пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

В список исследований, необходимых ребенку для выявления течения инфекционного процесса и с целью определения окончательного диагноза до 72 часов жизни, входят

- в течение 1 месяца жизни
- в течение первых 6 месяцев жизни
- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-5 дней
- в течение 2 недель жизни

Результаты обследования

К дополнительным исследованиям, в том числе и в сомнительных случаях, для постановки диагноза относят

- в течение 1 месяца жизни
- в течение первых 6 месяцев жизни
- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-5 дней
- в течение 2 недель жизни

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- в течение 1 месяца жизни
- в течение первых 6 месяцев жизни
- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-5 дней
- в течение 2 недель жизни

Диагноз

Одним из инструментальных методов для установки формы заболевания является

- электрокардиография
- допплерографическое исследование сосудов головного мозга
- нейросонография
- ультразвуковое исследование почек

Для уточнения формы заболевания необходима консультация

- офтальмолога

- отоларинголога
- кардиолога
- хирурга

Сформулируйте окончательный диагноз

- врожденная цитомегаловирусная инфекция, легкая форма
- генерализованная вирусная инфекция неуточненной этиологии
- врожденная цитомегаловирусная инфекция, субклиническая форма
- инфекция специфичная для перинатального периода

В данном клиническом случае назначение противовирусного препарата

- не показано
- показано - ганцикловира
- показано - валацикловира
- показано - валганцикловира

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- пастеризованным молоком
- стерилизованным молоком 6 недель
- искусственной смесью
- нативным молоком

При данной форме врожденной цитомегаловирусной инфекции требуется наблюдение

- врача -сурдолога
- врача-хирурга
- врача-отоларинголога
- врача-травматолога

Лечение противовирусными препаратами следует проводить при

- средне-тяжелой форме врожденной ЦМВИ
- врожденной ЦМВИ с изолированным снижением слуха
- субклинической форме врожденной ЦМВИ
- легкой форме врожденной ЦМВИ

При назначении противовирусных препаратов курс лечения составляет

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 6 недель

Максимально допустимая продолжительность лечения ганцикловиром у новорожденных, из-за его высокой токсичности

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 6 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Ребенок 1 суток жизни находится в отделении новорожденных, куда вызван дежурный реаниматолог для консультации.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки (лечение не проводилось).
Акушерский анамнез матери: настоящая беременность 1-я, наступила самопроизвольно.
Течение беременности:
I триместр: протекал на фоне токсикоза и легкой анемии беременных;
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия;
III триместр: в 30 недель ринит, повышение температуры до 38°С, лечилась народными средствами.

Анамнез заболевания
В периоде ранней адаптации новорожденный наблюдался в отделении новорожденных. С началом энтерального питания стали отмечаться срыгивания, створоженным молоком. Обращало на себя внимание прогрессивное нарастание иктеричности кожных покровов, в неврологическом статусе стал преобладать синдром угнетения, появилась петехиальная сыпь. Консультирован дежурным неонатологом, осуществлен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни. Масса при рождении 2800 г, длина 49 см.
Состояние ребенка тяжелое. ЧД=68/мин, ЧСС = 145уд/мин, SpO~2~= 93%, АД = 66/37 (45) мм.рт.ст. В микроклимате кувеза.
Состояние тяжелое, дыхательные нарушения в виде тахипноэ до 72 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Была налажена респираторная терапия методом CPAP.
Кожа иктеричная, сыпь петехиальная, необильная, на туловище и конечностях, остаток пуповины в скобе.
{nbsp}
Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена,

крик средней силы, рефлексы новорожденных вызываются с латентным периодом, нестойкие, отмечаются индуцированные клонические судороги в нижних конечностях. Мышечный тонус умеренно снижен, индуцированный тремор конечностей. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, с обеих сторон выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +4,5 см из-под края реберной дуги, селезенка +2,0 см. Перистальтика активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Не мочился.

При первичном обследовании, у ребенка с подозрением на течение инфекционного процесса, контролируется

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 6 недель

Результаты обследования

К необходимым для выявления возбудителя лабораторным методам исследования относят

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 6 недель

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемый диагноз

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 год
- 6 недель

Диагноз

К дополнительным обследованиям, в том числе и в сомнительных случаях, для постановки диагноза относят

- кислотно-основное состояние и газовый состав крови
- ультразвуковое исследование почек
- исследование сыворотки крови новорожденного одновременно количественно на IgM и IgG к антигенам ЦМВ методом ИФА (или ХЛИА)

- определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови

К дополнительным лабораторным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- общий анализ мочи
- уровень тропонина в крови
- коагулограмму
- биохимический анализ крови

Окончательный диагноз можно сформулировать как

- генерализованная вирусная инфекция неуточненной этиологии
- инфекция, специфичная для перинатального периода
- врожденная ЦМВ инфекция, тяжелая форма
- врожденная ЦМВ инфекция, субклиническая форма

Стартовым препаратом выбора для лечения тяжелой формы цитомегаловирусной инфекции является

- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- ганцикловир
- ацикловир

Разовая доза ганцикловира должна составлять +_____+ мг/кг

- 5
- 12
- 6
- 10

Курс лечения противовирусными препаратами тяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции у данного пациента продолжается

- 21 день
- 6 недель
- 6 месяцев
- до полной элиминации вируса из крови

Показанием для отмены или снижения дозы ганцикловира является

- тромбоцитопения (менее 100х10^9^/л)
- нейтропения (менее 500 кл в мкл)
- лейкопения (менее 3,0* 10^9^/л)
- холестаз

Дополнительным препаратом для лечения тяжелой и среднетяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции может являться

- внутривенный иммуноглобулин человека [IgG]
- иммуноглобулин человека против гепатита В
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]

Тактика вскармливания данного пациента при удовлетворительной лактации у матери заключается во вскармливании

- внутривенный иммуноглобулин человека [IgG]
- иммуноглобулин человека против гепатита В
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы работаете в перинатальном центре города N. 21 июля 2019 года родился доношенный мальчик у матери 29 лет, от 1 своевременных оперативных родов, путем вакуум-экстракции в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 3582 г, длина 52 см, окружность головы 36 см. Воды мекониальные. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении отмечалось угнетенное стонущее дыхание, сниженный мышечный тонус. Ребенок был интубирован, проведена санация трахеи, получен меконий в небольшом количестве. Дыхание восстановилось, далее, учитывая умеренно выраженные дыхательные нарушения, требовал проведения респираторной поддержки с постоянным положительным давлением на выдохе (CPAP) маской.
В транспортном инкубаторе на мононазальном CPAP ребенок был доставлен в ОРИТН.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери О (I) первая, Rh (+) положительная.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Вредные привычки: курила до 16 недели гестации.
Акушерский анамнез: I триместр- ранний токсикоз.Пренатальныйскрининг I триместра: норма. II триместр:анемия беременных. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус

Возраст ребенка – 2 часа жизни.
ЧСС = 170 уд/мин, ЧД 77 в минуту SpO~2~= 90-92%, АД = 62/33/46 мм. рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ -0,35, peep+5. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных

изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании умеренные втяжения грудины, межреберий. Тахипноэ до 80/мин. Аускультативно дыхание стонущее, ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается масса мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- внутривенный иммуноглобулин человека [IgG]
- иммуноглобулин человека против гепатита В
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- внутривенный иммуноглобулин человека [IgG]
- иммуноглобулин человека против гепатита В
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- внутривенный иммуноглобулин человека [IgG]
- иммуноглобулин человека против гепатита В
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]

Диагноз

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует +_____+ течению

- среднетяжелому
- легкому
- фульминантному
- тяжелому

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- перевод на искусственную вентиляцию легких
- эндотрахеальное введение адреналина
- проведение волюмэспандерной терапии
- назначение ингаляций с бронходилятаторами

Одним из показаний для ИВЛ в родильном зале при рождении ребенка с мекониальными водами является

- снижение рефлексов
- вздутая грудная клетка
- наличие мекония в содержимом желудка
- отсутствие дыхания или нерегулярное дыхание

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- бронхолегочная дисплазия
- тяжелое антенатальное геморрагически-ишемическое поражение ЦНС
- гипертрофия миокарда с обструкцией выходного тракта левого желудочка

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония включает

- комбинацию ампициллин + аминогликозид
- монотерапию ампициллином
- монотерапию цефалоспорином II поколения
- комбинацию ванкомицин+ гентамицин

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- при переводе из ОРИТН
- через 14 дней
- через 10 дней
- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления

При персистирующей легочной гипертензии ребенку может быть проведена

- ингаляция оксидом азота
- терапия положением
- кардиоверсия
- терапия кофеином

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- врожденным пороком сердца
- транзиторным тахипноэ
- недостаточностью кровообращения 2 степени
- ателектазом нижней доли справа

К профилактике мекониальной аспирации относят

- врожденным пороком сердца
- транзиторным тахипноэ
- недостаточностью кровообращения 2 степени
- ателектазом нижней доли справа

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре города N. 14 августа 2019 года родился доношенный мальчик у матери 31 года от 3 своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 4150 г, длина 53 см, окружность головы 36 см. Водымекониальные. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. При рождении дыхание регулярное с умеренным втяжением грудины, удовлетворительный мышечный тонус. Оказана базовая помощь новорожденному в родильном зале. В динамике сохраняется умеренное втяжение грудины, ослабление проведения дыхания в легких. Ребенок переведен в отделение интенсивной терапии под наблюдение.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери В (III) третья, Rh (-) отрицательная.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Вредные привычки: курила до 22 недели гестации
Гинекологические заболевания матери: отрицает
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - с/полный выкидыш в 5-6 недель, без выскабливания, б/о. 2 беременность - своевременные роды, девочка, здорова, 3 беременность - данная, наступила самостоятельно. I триместр: ранний токсикоз. II триместр:вульвовагинит, в 23 недель угроза преждевременных родов, хирургическая коррекция ИЦН (стационарное лечение)_. _В 24 недели по данным УЗ-скрининга

плацентарная недостаточность. III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных. Общая прибавка в весе: 25 кг.

Объективный статус
Возраст ребенка – 2 часа.
ЧСС = 150 уд/мин, ЧД 65 в минуту SpO~2~ = 93%, АД = 61/33/45 мм.рт.ст.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP с FiO~2~ -0,4. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены, рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании умеренные втяжения грудины. Тахипноэ до 65 в минуту. Аускультативно дыхание несколько ослабленное, проводится во все отделы легких, симметрично, выслушивается умеренное количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- врожденным пороком сердца
- транзиторным тахипноэ
- недостаточностью кровообращения 2 степени
- ателектазом нижней доли справа

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- врожденным пороком сердца
- транзиторным тахипноэ
- недостаточностью кровообращения 2 степени
- ателектазом нижней доли справа

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- врожденным пороком сердца
- транзиторным тахипноэ
- недостаточностью кровообращения 2 степени
- ателектазом нижней доли справа

Диагноз

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует

+ + течению

- среднетяжелому
- легкому
- субклиническому
- тяжелому

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является (-ются)

- антибактериальная терапия
- отмена энтерального кормления
- ингаляции с будесонидом
- перевод на высокочастотную осцилляторную вентиляцию

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- заменное переливание крови
- санация интубационной трубки каждые 2 часа
- лечебно-охранительный режим
- применение кортикостероидов

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- пахово-мошоночная грыжа
- внутрижелудочковое кровоизлияние
- бронхолегочная дисплазия

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония включает

- монотерапию карбапенемом
- комбинацию ампициллин + аминогликозид
- комбинацию ванкомицин+цефоперазон+сульбактам
- монотерапию защищенным пенициллином

Антибактериальная терапия при неонатальной аспирации мекония отменяется

- при отрицательном результате культуры крови и отрицательных повторных маркеров воспаления
- при возобновлении энтерального питания
- при низком уровне общего иммуноглобулина G
- через 7 дней

К осложнениям синдрома аспирации мекония относят

- некротизирующий энтероколит
- транзиторную тромбоцитопению
- внутричерепное кровоизлияние
- аспирационную пневмонию и сепсис

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- ишемическим поражением ЦНС
- секвестром легкого
- респираторным дистресс-синдромом
- интерстициальной легочной эмфиземой

При наличии окрашенных меконием околоплодных вод не рекомендуется

- ишемическим поражением ЦНС
- секвестром легкого
- респираторным дистресс-синдромом
- интерстициальной легочной эмфиземой

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка 1 суток жизни наблюдается в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.
От женщины 32 лет от 1 беременности, протекавшей в 1 триместре – без особенностей, во 2 и 3 триместрах – анемия средней степени тяжести, по данным УЗИ - ретроплацентарная гематома. От 1 оперативных родов путем операции кесарево сечение (начало родовой деятельности, кровотечение) на сроке 32 недели. Околоплодные воды окрашены кровью. Родилась живая недоношенная девочка с оценкой по шкале Апгар 7/7б. Масса тела ребенка при рождении 1480 г, длина 38 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Группа крови матери А(II) вторая, Rh - отрицательная.
* Женщина 32 лет, с отягощённым соматическим анамнезом (хронический гастродуоденит, анемия).

Объективный статус

Недоношенная девочка 1 суток жизни наблюдается в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

ЧД = 58-62/мин, ЧСС = 170-176 уд/мин, SpO~2~ = 93-96%, АД = 60/36/44 мм рт.ст.

Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений.

В настоящее время ребенку проводится неинвазивная респираторная терапия, дополнительная дотация кислорода до 25%. Уровень оксигенации удовлетворительный. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана. Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Показатели АД в пределах возрастной нормы. Умеренная тахикардия до 170-176 уд/минуту. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослабленная. Кожа бледно-розовая, чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, бледно-розовые, увлажнены. Неврологический статус: по возрасту. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. По желудочному зонду слизь с прожилками алой крови. Стул меконий, мочилась.

Группа крови ребенка А(II) вторая, Rh - отрицательная.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- ишемическим поражением ЦНС
- секвестром легкого
- респираторным дистресс-синдромом
- интерстициальной легочной эмфиземой

Результаты обследования

К дополнительным инструментальным методам обследования можно отнести

- ишемическим поражением ЦНС
- секвестром легкого
- респираторным дистресс-синдромом
- интерстициальной легочной эмфиземой

Результаты обследования

На основании результатов клинической картины и проведенных исследований можно предположить диагноз

- ишемическим поражением ЦНС
- секвестром легкого
- респираторным дистресс-синдромом
- интерстициальной легочной эмфиземой

Диагноз

В данной ситуации к основной причине кровопотери и развитию постгеморрагической анемии относится

- группа крови матери
- патология плаценты (отслойка плаценты)
- течение беременности на фоне анемии
- наличие у матери хронического гастродуоденита

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- назначение иммуноглобулина человеческого, содержащего Ig классов M, A, G
- проведение фототерапии
- гемотрансфузия свежезамороженной плазмы
- гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов крови

Гемотрансфузия эритроцитсодержащих компонентов крови рекомендуется в объеме (в мл/кг)

- 1-5
- 10-20
- 6-9
- 30-40

После гемотрансфузии новорожденному ребенку рекомендуется проведение мониторинга витальных функций, диуреза, цвета мочи, температуры тела для возможности выявления трансфузионных реакций и осложнений гемотрансфузии в течение не менее

- 2 часов
- 30 минут
- 1 часа
- 15 минут

Рекомендуемая длительность трансфузии не должна превышать +_____+ часов

- 12
- 8
- 4
- 24

При тяжелой анемии вследствие кровопотери у новорожденного для экстренной коррекции гиповолемии до трансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови рекомендуется введение раствора

- натрия хлорида 0,9%

- альбумина 5%
- волювена 20%
- волювена 10%

Сразу после родов при тяжелой анемии и развитии гиповолемического шока вследствие острой кровопотери можно использовать +_____+ эритроцитсодержащий компонент крови

- O (I) Rh (-) D-отрицательный
- AB (IV) Rh (-) D-отрицательный
- O (I) Rh (-) D-положительный
- AB (IV) Rh (-) D-положительный

Врожденные постгеморрагические анемии новорожденных классифицируются по

- темпам развития
- исходу
- варианту
- локализации

Для определения дальнейшей тактики гемостатической терапии у новорожденного ребенка с врожденной анемией в сочетании с геморрагическим синдромом рекомендуется

- темпам развития
- исходу
- варианту
- локализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Новорожденная девочка у матери 25 лет от 1своевременных физиологических родов на сроке 37 недель 3 дня.

Масса тела ребенка при рождении 3981 г, длина 52 см. Оценка состояния по шкале Апгар 8/9 баллов.

Состояние после рождения удовлетворительное. К груди матери приложена после рождения. Переведена на пост совместного пребывания «Мать и Дитя». Учитывая анамнез матери, при поступлении в отделение новорожденных проведен контроль уровня глюкозы, составил 2,9 ммоль/л. Назначен контроль динамики уровня гликемии. Состояние с отрицательной динамикой в возрасте 6 часов жизни. Отмечалось появление выраженного возбуждения, тремора конечностей, срыгивания материнским молоком без патологических примесей. Была переведена на пост интенсивной терапии, налажено мониторное наблюдение за состоянием витальных функций.

Анамнез матери

Анамнез матери: ожирение 1 степени (ИМТ на момент наступления беременности 32,4 кг/м²); Прибавка веса +22 кг.

Течение беременности: I триместр – угроза прерывания беременности, II триместр – угроза прерывания беременности, гестационный сахарный диабет (СД), диету не соблюдала; III триместр – гестационный СД, уровень глюкозы при проведении ГТТ глюкоза натощак - 6,4 ммоль/л; через час после нагрузки 12,8 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки - 8,7 ммоль/л, от проведения инсулинотерапии категорически отказалась.

Объективный статус

Температура тела 36,7С, ЧД 48 в минуту, ЧСС 112 в минуту, SpO~2~ 98% , АД пр. рука 68/41 (ср 50) мм.рт.ст.

Состояние ребенка средней степени тяжести за счет появления неврологической симптоматики в виде синдрома повышенной возбудимости.

При осмотре крик громкий, пронзительный. При крике отмечается тремор конечностей. Мышечный тонус физиологический. Рефлексы новорожденных вызываются, физиологические, оживлены. Спонтанный рефлекс Моро. Патологической глазной симптоматики на момент осмотра нет. Кожа розовая, влажная. Видимые слизистые чистые, розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Дыхательных нарушений на момент осмотра нет. На самостоятельном дыхании, в дотации дополнительного кислорода не нуждается. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень +1,5-2,0 см от края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стул самостоятельный - меконий. Мочилась.

Необходимым лабораторным методом для постановки диагноза является

- темпам развития
- исходу
- варианту
- локализации

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза необходимыми инструментальными методами являются

- темпам развития
- исходу
- варианту
- локализации

Результаты инструментальных методов обследования

На основании анамнеза, антропометрических данных новорожденного и полученных клинико-лабораторных данных можно предположить диагноз

- темпам развития
- исходу
- варианту
- локализации

Диагноз

Критерием гипогликемии у новорожденных считается уровень глюкозы менее +____+ ммоль/л

- 2,8
- 2,2
- 2,6
- 1,6

Максимальный риск возникновения гипогликемии у новорожденных из групп риска определяется

- в первый месяц жизни
- на протяжении 7-х суток после рождения
- в первые 24 часа после рождения
- в первые 4-6 часов после рождения

В случае выявления гипогликемии у новорожденного менее 2,2 ммоль/л коррекция заключается в +_____+ раствора глюкозы

- энтеральном введении 10%
- парентеральном введении 10%
- энтеральном введении 5%
- парентеральном введении 20%

Тактика парентеральной коррекции гипогликемии заключается в

- постоянной инфузии раствора глюкозы 3-4 мг/кг/мин
- парентеральном введении 10% раствора глюкозы из расчета 2 мл/кг с последующим переходом на постоянную инфузию глюкозы 6 мг/кг/ мин
- постоянной инфузии раствора глюкозы 1-2 мг/кг/мин
- однократном введении раствора глюкозы из расчета 0,2-0,4 г/кг

После парентеральной коррекции гипогликемии определение уровня гликемии крови проводится

- перед началом следующего кормления
- через 1 час после начала инфузии

- через 3 часа после коррекции и начала инфузии
- через 30 минут после начала инфузии

Дальнейший контроль уровня гликемии проводится каждые +___+ часов в течение суток

- 8
- 12
- 6
- 4

При сохраняющейся гипогликемии на фоне инфузионной терапии дальнейшая тактика заключается в

- увеличении объема глюкозы на 4 мг/кг/мин (шаг контроля 2-3 часа)
- однократном болюсном введении глюкозы из расчета 0,2-0,4 г/кг
- увеличении объема глюкозы на 2 мг/кг/мин (шаг контроля 1-2 часа)
- однократном болюсном введении глюкозы из расчета 0,4-0,8 г/кг

Энтеральное питание при развитии гипогликемии у новорожденного

- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком
- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью

Персистирующая гипогликемия характеризуется длительностью +_____+ дней и более, гликемической нагрузкой более +____+ мг/кг/мин

- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком
- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вы работаете врачом неонатологом в отделении реанимации в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок 21 сентября, родился недоношенный мальчик у матери 35 лет от 2 преждевременных экстренных оперативных родов путем кесарева сечения на сроке гестации 36 недель в связи с отслойкой плаценты. Околоплодные воды окрашены кровью. Кровопотеря у женщины во время операции 1200 мл. Пуповина без особенностей.

В родильном блоке потребовалась стабилизация состояния ребенка: искусственная вентиляция легких (ИВЛ) маской, учитывая сохранение брадикардии, ребенок

интубирован, дотация дополнительного O~2~ до 45%. В транспортном инкубаторе на ИВЛ переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.
Масса тела при рождении 2450 г, длина 41 см, окружность головы 34 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Группа крови матери O(I) первая, Rh - положительная.
* Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез:
* 1-я беременность - 2008 год – кесарево сечение, доношенная девочка, здорова;
* 2-я беременность – 2009 год – индуцированный поздний выкидыш на 20 неделе, вакуум-аспирация;
* 3-я беременность 2011 – антенатальная гибель плода на 28 неделе;
* 4 -я беременность – данная: I-й триместр – угрожающий выкидыш, II-й триместр – без особенностей, III-й триместр – легкая анемия, принимала препараты железа.

Объективный статус
Возраст ребенка – 40 минут жизни.
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной терапии - ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде – до 45-50%. ЧСС = 178-186 уд/мин, SpO~2~ = 93-96%, АД = 42/26/30 мм. рт.ст. В микроклимате кувеза. Кожа бледная, чистая. Видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна более 4 секунд.
Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность снижены, рефлексы новорожденных вызываются, нестойкие, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная, не вздута. Аппаратное дыхание проводится равномерно во все отделы легких, крупнопузырчатые хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. С рождения тахикардия, до 186 ударов в минуту. Периферическая пульсация симметричная, ослабленная. Артериальное давление снижено. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника ослабленная. При контроле желудочного содержимого без патологического отделяемого. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком
- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком
- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком
- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью

Диагноз

В данной ситуации причиной постгеморрагической анемии является

- легочное кровотечение у новорожденного
- кровоизлияние в головной мозг у новорожденного
- отслойка плаценты с фето-плацентарной трансфузией
- фето-материнская трансфузия

Тактикой ведения и лечения ребенка является назначение

- волюм-эспандерной терапии с последующей трансфузией эритроцитсодержащего компонента крови
- калия хлорида 4% 2 ммоль/кг внутривенно капельно в виде продленной инфузии
- трансфузии криопреципитата в объеме 10 мл/кг внутривенно капельно
- препарата железа 6 мг/кг внутривенно в 2 приема

В данной клинической ситуации с целью лабораторной оценки эффективности проведенного лечения постгеморрагической анемии (гемотрансфузии) необходимо определение уровня

- общего кальция в биохимическом анализе крови
- билирубина в капиллярной крови
- уровня тромбоцитов в клиническом анализе крови
- гемоглобина, гематокрита в клиническом анализе крови

При данной клинической ситуации к признакам декомпенсации ребенка относят

- бледность видимых слизистых

- потребность в проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ), тахикардию, гипотонию
- увеличение размеров сердца
- бледность кожи

Согласно правилам проведения трансфузии (переливания) донорской крови до проведения трансфузии необходимо

- провести ребенку экстренную вакцинацию против туберкулеза
- ввести ребенку иммуноглобулин человеческий внутривенно
- провести пробу на индивидуальную совместимость
- провести ребенку экстренную вакцинацию против гепатита В

При трансфузии (переливании) эритроцитсодержащих компонентов новорожденным используют

- цельную кровь
- эритроцитсодержащие компоненты, обедненные лейкоцитами (эритроцитная взвесь, эритроцитная масса, отмытые эритроциты, размороженные и отмытые эритроциты)
- эритроцитсодержащие компоненты, обогащенные лейкоцитами
- эритроцитсодержащие компоненты, обогащенные тромбоцитами

Рекомендованная длительность гемотрансфузии составляет не более +_____+ часов

- 6
- 3
- 5
- 4

Биологическая проба при проведении трансфузии (переливании) донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту детского возраста состоит в

- однократном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови
- трехкратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови
- двукратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови
- пятикратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови

При трансфузии (переливании) эритроцитсодержащих компонентов новорожденным используют компоненты со сроком хранения не более +_____+ дней с момента заготовки

- однократном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови
- трехкратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови
- двукратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови
- пятикратном введении донорской крови и (или) ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3 - 5 минут при пережатой системе для переливания крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Новорожденный мальчик у матери 44 лет от 1 оперативных родов путем экстренной операции кесарево сечение на сроке 39 недель, в связи с нарастанием тяжести преэклампсии.

Масса тела ребенка при рождении 2489 г, длина 48 см. Оценка состояния по шкале Апгар 8/8 баллов. Проведения реанимационных мероприятий в родильном зале не потребовал.

В состоянии средней степени тяжести был переведен на пост интенсивной терапии в отделение новорожденных.

Анамнез матери

Анамнез матери: хронический цистит, хронический пиелонефрит.

Течение беременности: I триместр – ранний токсикоз, угроза прерывания беременности (Утрожестан), II триместр – угроза прерывания беременности, обострение хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия; III триместр – эпизоды повышения АД до 130/90 мм.рт.ст., отеки, ЗРП (задержка роста плода). На сроке 38 недель 6 дней госпитализирована в отделение патологии беременных с диагнозом умеренная преэклампсия, суточная протеинурия 2,3 г/сут.

Объективный статус

- 2 часа жизни-

Температура тела 36,7С, ЧД 44 в минуту, ЧСС 124 в минуту, SpO~2~ 99%

Состояние ребенка средней степени тяжести за счет морфо-функциональной незрелости, термолабильности. Наблюдается в условиях микроклимата кувеза. Проводится мониторинг витальных функций, показатели гемодинамики в пределах нормы.

Уровень спонтанной двигательной активности умеренно снижен. При осмотре крик средней силы, непродолжительный. Мышечный тонус – снижен во флексорах верхних конечностей, соответствует гестационному возрасту. Рефлексы новорожденных - вызываются, физиологические, быстро истощаются. Патологической глазной симптоматики на момент осмотра нет. Кожа розовая, влажная. Видимые слизистые чистые, розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Дыхательных нарушений на момент осмотра нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень +1,0-1,5см от края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочился.

На основании антропометрических данных новорожденного выставите диагноз

- малый размер для гестационного возраста
- маловесный для гестационного возраста
- крупновесный для срока
- замедленный рост плода

К необходимым лабораторным методам обследования новорожденного при поступлении в отделение относят

- малый размер для гестационного возраста
- маловесный для гестационного возраста
- крупновесный для срока
- замедленный рост плода

Результаты лабораторных методов обследования

При выявлении гипогликемии у новорожденного необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза являются

- малый размер для гестационного возраста
- маловесный для гестационного возраста
- крупновесный для срока
- замедленный рост плода

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных данных можно предположить диагноз

- малый размер для гестационного возраста
- маловесный для гестационного возраста
- крупновесный для срока

- замедленный рост плода

Диагноз

Критерием гипогликемии у новорожденных считается уровень глюкозы менее +____+ ммоль/л

- 2,6
- 1,6
- 2,8
- 2,2

Коррекция неонатальной гипогликемии у новорожденного заключается в +_____+ раствора глюкозы

- парентеральном введении 20%
- энтеральном введении 10%
- парентеральном введении 10%
- энтеральном введении 5%

Энтеральное питание при выявлении гипогликемии у новорожденного

- проводится исключительно сцеженным грудным молоком из рожка/соски
- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание

Тактика парентеральной коррекции гипогликемии включает

- постоянную инфузию раствора глюкозы 1-2 мг/кг/ мин
- однократное введение раствора глюкозы из расчета 0,2-0,4 г/кг
- парентеральное введение 10% раствора глюкозы из расчета 2 мл/кг с последующим переходом на постоянную инфузию глюкозы 6 мг/кг/ мин
- постоянную инфузию раствора глюкозы 8-10 мг/кг/мин

После парентеральной коррекции гипогликемии определение уровня гликемии крови проводится через +____+ минут после начала инфузии

- 60
- 180
- 30
- 10

Дальнейший контроль уровня гликемии проводится каждые +___+ (в часах) в течение суток

- 12

- 6
- 8
- 4

При сохраняющейся гипогликемии на фоне инфузионной терапии дальнейшая тактика заключается в увеличении объема глюкозы на +___+ мг/кг/мин

- 2
- 8
- 1
- 6

Максимальная концентрация раствора глюкозы через периферическую вену не превышает +___+%

- 2
- 8
- 1
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденная девочка 1 суток жизни у матери 33 лет от 2 своевременных физиологических родов на сроке 38 недель.
Масса тела ребенка при рождении 4513 г, длина 54 см. Оценка состояния по шкале Апгар 8/8 баллов.
Состояние после рождения удовлетворительное. К груди матери приложена сразу после рождения. В возрасте 2 часов жизни переведена на пост совместного пребывания «Мать и Дитя».
Со слов медицинского персонала отмечались сложности с прикладыванием ребенка к груди, эпизоды срыгивания. В возрасте 10 часов жизни состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет появления выраженного возбуждения, тремора конечностей. Была переведена на пост интенсивной терапии, налажено мониторное наблюдение за состоянием витальных функций.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Соматический анамнез: хронический тонзиллит, хронический цистит;
Эндокринологический анамнез: конституциональное ожирение 2 степени.
Акушерский анамнез: Беременность - 2 (1-ая – своевременные физиологические роды, мальчик 3985 г, длина 54 см, здоров).
Течение беременности: I триместр – без особенностей, II триместр – угроза прерывания беременности, гестационный СД, диетотерапия, III триместр – гестационный СД, инсулинотерапия.

Объективный статус
Температура тела 36,6С, ЧД 46 в минуту, ЧСС 106 в минуту, SpO2 97%, АД пр. рука 70/43 (ср 53) мм.рт.ст.
Состояние ребенка средней степени тяжести за счет появления неврологической симптоматики в виде синдрома повышенной возбудимости.
При осмотре крик громкий, пронзительный. При крике отмечается тремор конечностей. Мышечный тонус – физиологический. Рефлексы новорожденных - вызываются, физиологические, оживлены. Спонтанный рефлекс Моро. Патологической глазной симптоматики на момент осмотра нет. Кожа бледно - розовая, влажная, отмечается акроцианоз. Видимые слизистые чистые, розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Дыхательных нарушений нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень +1,5 см от края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стул самостоятельный - меконий. Мочился.

Необходимым лабораторным методом для постановки диагноза является

- 2
- 8
- 1
- 6

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым инструментальным методам для постановки диагноза относят

- 2
- 8
- 1
- 6

Результаты инструментальных методов обследования

На основании анамнеза и полученных клинико-лабораторных данных можно предположить диагноз

- 2
- 8
- 1
- 6

Диагноз

Критерием гипогликемии у новорожденных считается уровень глюкозы менее +____+ ммоль/л

- 2,6
- 3,0
- 1,6
- 2,2

Максимальный риск возникновения гипогликемии у новорожденных из групп риска определяется

- в первый месяц жизни
- в первые 24 часа после рождения
- в первые 2-4 часа после рождения
- на протяжении 3-х суток после рождения

Коррекция гипогликемии заключается в +_____+ раствора глюкозы

- энтеральном введении 10%
- парентеральном введении 20%
- парентеральном введении 10%
- энтеральном введении 5%

Тактика парентеральной коррекции гипогликемии заключается в

- парентеральном введении 10% раствора глюкозы из расчета 2мл/кг с последующим переходом на постоянную инфузию глюкозы 6 мг/кг/ мин
- постоянной инфузии раствора глюкозы 2-4 мг/кг/мин
- однократном введении раствора глюкозы из расчета 0,4-0,8 г/кг
- постоянной инфузии раствора глюкозы 1-2 мг/кг/мин

После коррекции гипогликемии определение уровня гликемии крови проводится

- через 1 час после начала инфузии
- непосредственно после парентеральной коррекции
- через 30 минут после начала инфузии
- перед началом следующего кормления

Дальнейший контроль уровня гликемии при нормогликемии после коррекции

- ежедневно один раз в день в течение 3 суток
- каждые 12 часов в течение суток, далее ежедневно в течение 3 дней
- не требуется
- через каждые 6 часов в течение суток

При сохраняющейся гипогликемии на фоне инфузионной терапии при отсутствии клинических проявлений дальнейшая тактика заключается в

- увеличении объема глюкозы на 2 мг/кг/мин
- увеличении объема глюкозы на 4 мг/кг/мин
- однократном болюсном введении глюкозы из расчета 0,2-0,4 г/кг
- однократном болюсном введении глюкозы из расчета 0,4-0,8 г/кг

Энтеральное питание при развитии гипогликемии у новорожденного

- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью
- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком

Персистирующая гипогликемия характеризуется длительностью +_____+ дней и более, гликемической нагрузкой более +____+ мг/кг/мин

- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью
- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение новорожденных поступил новорожденный мальчик 2-ой из монохориальной диамниотической двойни у женщины Н. 29 лет. От 1 беременности, наступившей в результате ЭКО и ПЭ (трубный фактор).

При рождении оценка по шкале Апгар 7/8 баллов (CPAP маской в родильном зале). В дальнейшем в проведении респираторной терапии не потребовал.

Масса тела ребенка 2307г, длина 47 см.

Состояние после рождения средней степени тяжести, обусловленное термолабильностью (на пеленальном столе быстро охлаждался), признаками морфофункциональной незрелости. Помещен в микроклимат кювеза, налажено мониторное наблюдение за витальными функциями.

Анамнез матери

Соматический анамнез не отягощен.

Гинекологический анамнез: хронический сальпингоофорит, 1-ая беременность трубная (тубэктомия справа), 2-ая беременность трубная (тубэктомия слева).

Акушерский анамнез: Беременность – 3, наступила в результате ЭКО и ПЭ (трубный фактор).

Течение беременности: I триместр – гормональная поддержка, Утрожестан, II триместр – угроза прерывания беременности, анемия, III триместр – анемия беременных.

Роды оперативные путем операции кесарево сечение в связи с нарушением состояния второго плода на сроке 37 недель и 2 дня.

Объективный статус

Температура тела 36,7С, ЧД 58-60 в минуту, ЧСС 158-164 в минуту.
Состояние ребенка средней степени тяжести.
При осмотре крик громкий, пронзительный. При крике отмечается индуцированный тремор конечностей.
Мышечный тонус – умеренно снижен во флексорах. Рефлексы новорожденных - вызываются, истощаемые. Патологической глазной симптоматики на момент осмотра нет.
Отмечается ярко-розовый цвет кожи, симптом «бледного пятна» 5 секунд, периоральный цианоз и акроцианоз. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.
Тоны сердца приглушены, отмечается тенденция к тахикардии, шумы не выслушиваются.
Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная.
Дыхательных нарушений нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет.
Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная.
Печень +1,5 см от края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется.
Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления.
Стул самостоятельный - меконий. Мочеиспускания не было.

Лабораторным исследованием необходимым для постановки диагноза и выбора тактики лечения новорожденного является определение

- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью
- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком

Результаты лабораторного метода обследования

На основании анамнеза и полученных клинико-лабораторных данных можно предположить диагноз

- проводится грудным молоком или адаптированной молочной смесью
- не проводится, необходим переход на полное парентеральное питание
- проводится адаптированной молочной смесью через зонд
- проводится исключительно сцеженным материнским молоком

Диагноз

Коррекция полицитемии заключается в

- инфузионной терапии из расчета 60-80 мл/кг/сут
- увеличении объема энтерального питания, выпаивании раствором 5% глюкозы
- проведении частичной обменной трансфузии
- проведении антибактериальной терапии

При выявлении полицитемии, частичная обменная трансфузия и наблюдение новорожденного осуществляется в

- палате/отделении реанимации и интенсивной терапии
- отделении второго этапа/ патологии новорожденных
- отделении хирургии новорожденных
- отделении новорожденных

Желаемый уровень достижения венозного гематокрита +____+%

- 60-70
- 40-50
- 30-40
- 50-60

Объем замещения при частичной обменной трансфузии рассчитывается по формуле

- ОЦК (80-90 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht желаемый
- ОЦК (80-90 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – 10)/Ht ребенка
- ОЦК (80-90мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht ребенка
- ОЦК (80-90 мл/кг) х m тела в кг х (Ht желаемый+10)/Ht ребенка

В качестве основной замещающей среды при проведении частичной обменной трансфузии используется

- 6% раствор инфукола или волювена
- физиологический раствор
- 20% раствор альбумина
- 10% раствор глюкозы

Объем одного замещения (однократного выведения крови) и одного восполнения (однократного введения физиологического раствора) не должен превышать +____+ мл/кг

- 5
- 15
- 3
- 10

Контроль уровня гематокрита венозной крови после проведения частичной обменной трансфузии (ЧОТ) проводится

- сразу после проведения частичной трансфузии и через 12 часов
- сразу после проведения операции ЧОТ и через 6 часов после нее
- через 1 час после проведения частичной трансфузии и через 12 часов
- через 1 час после проведения частичной трансфузии и через 24 часа

Периферический гематокрит (Ht капиллярной крови) выше Ht венозной крови на +_____+%

- 16-20
- 5-15
- 3-4
- 21-25

В случае сочетания полицитемии с другой патологией перинатального периода (синдром аспираци мекония, тяжелой церебральной ишемией, ранним неонатальным сепсисом и т.д.), частичную обменную трансфузию проводят при уровне гематокрита +_____+% и более

- 60
- 71
- 65
- 68

Возникновение полицитемии у новорожденного ребенка из монохориальной диамниотической двойни может быть обусловлено

- 60
- 71
- 65
- 68

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Роды 1 физиологические на 41 неделе беременности.
Родился мальчик с массой тела при рождении 2956 г, длиной 50 см. Оценка состояния по шкале Апгар 8/8 баллов. В родильном блоке проведения реанимационных мероприятий не потребовал.
Состояние после рождения удовлетворительное. К груди матери приложен сразу после рождения. В возрасте 2 часов жизни переведен из родильного блока на пост совместного пребывания «Мать и Дитя».
Состояние ребенка с отрицательной динамикой в возрасте 8 часов жизни. Появились жалобы матери на появление раздраженного крика. Ребенок грудь берет, сосет вяло. После кормления срыгивает молозивом без патологических примесей.

Анамнез матери
Матери 39 лет.
Соматический анамнез: табакокурение с 19 лет.
Акушерский анамнез: Беременность – 3 (1-ая – самопроизвольный выкидыш, 2-ая замершая беременность).

Течение беременности: I триместр – без особенностей, II триместр – угроза прерывания беременности, артериальная гипертензия, гипотензивная терапия Допегит, нарушение маточно-плацентарного кровотока, III триместр – артериальная гипертензия, гипотензивная терапия Допегит.

Объективный статус
Температура тела 36,7С, ЧД 58-60 в минуту, ЧСС 158-164 в минуту.
Состояние ребенка средней степени тяжести.
При осмотре крик громкий, пронзительный. При крике отмечается индуцированный тремор конечностей.
Мышечный тонус – умеренно снижен во флексорах. Рефлексы новорожденных - вызываются, истощаемые. Патологической глазной симптоматики на момент осмотра нет.
Кожа – отмечается ярко-розовый цвет кожи, симптом «бледного пятна» 5 секунд, отмечается периоральный цианоз и акроцианоз. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.
Тоны сердца приглушены, отмечается тенденция к тахикардии, шумы не выслушиваются. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная.
Дыхательных нарушений нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет.
Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень +1,5 см от края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стул самостоятельный - меконий. Мочеиспускания не было.

Основным лабораторным исследованием необходимым для постановки диагноза и выбора тактики лечения новорожденного является определение

- 60
- 71
- 65
- 68

Результаты лабораторного метода обследования

На основании анамнеза и полученных клинико-лабораторных данных можно предположить диагноз пациента

- 60
- 71
- 65
- 68

Диагноз

Коррекция полицитемии заключается в

- увеличении объема энтерального питания
- проведении частичной обменной трансфузии
- инфузионной терапии из расчета 60-70 мл/кг/сут
- проведении антибактериальной терапии

При выявлении полицитемии, частичная обменная трансфузия и наблюдение новорожденного осуществляется в

- родильном зале
- отделении второго этапа/ патологии новорожденных
- палате/отделении реанимации и интенсивной терапии
- отделении новорожденных

Желаемый уровень достижения венозного гематокрита +____+%

- 61-65
- 50-60
- 40-49
- 66-70

Объем замещения при частичной обменной трансфузии рассчитывается по формуле

- ОЦК (80-90 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/ Ht желаемый
- ОЦК (80-90мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/ Ht ребенка
- ОЦК (60-70 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht ребенка
- ОЦК (90-110 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht ребенка

В качестве основной замещающей среды при проведении частичной обменной трансфузии используется

- 20% раствор альбумина
- 6% раствор инфукола или волювена
- физиологический раствор
- свежезамороженная плазма

Объем одного замещения (однократного выведения крови) и одного восполнения (однократного введения физиологического раствора) не должен превышать +____+ мл/кг

- 15
- 5
- 10
- 3

Контроль уровня гематокрита венозной крови после проведения частичной обменной трансфузии проводится

- сразу после проведения частичной трансфузии и через 12 часов
- сразу после проведения операции частичной обменной трансфузии и через 6 часов после нее
- через 1 час после проведения частичной трансфузии и через 24 часа
- через 1 час после проведения частичной трансфузии и через 12 часов

Периферический гематокрит (Ht капиллярной крови) выше Ht венозной крови на +_____+%

- 16-20
- 3-5
- 21-25
- 5-15

В случае сочетания полицитемии с другой патологией перинатального периода (синдром аспираци мекония, тяжелой церебральной ишемией, ранним неонатальным сепсисом и т.д.), частичную обменную трансфузию проводят при уровне гематокрита +_____+% и более

- 71
- 60
- 65
- 68

При выявлении уровня венозного гематокрита 68% без симптомов полицитемии, тактика заключается в

- 71
- 60
- 65
- 68

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Роды 1 оперативные, путем операции кесарево сечения на 38 неделе беременности. Родился мальчик с массой тела 2681 г, длиной 51 см. Оценка состояния по шкале Апгар 8/8 баллов. В родильном блоке проведения реанимационных мероприятий не потребовал.

Состояние после рождения удовлетворительное. К груди матери приложен сразу после рождения.

В возрасте 12 часов жизни состояние ребенка с отрицательной динамикой. Появились жалобы матери на вялое сосание, срыгивание после кормления.

Анамнез матери

Матери 39 лет.

Эндокринологический анамнез: гипотиреоз, L- тироксин.

Акушерский анамнез: Беременность – 5 (1-ая – самопроизвольный выкидыш, 2-ая замершая беременность, 3-я – мед.аборт по мед показаниям, множественные пороки развития плода, 4-я – самопроизвольный выкидыш на сроке 7-8 недель).

Течение беременности: I триместр – токсикоз, ОРЗ без повышения температуры, II триместр – угроза прерывания беременности, активация внутрисосудистого свертывания крови, Клексан 0,4-0,6, нарушение маточно-плацентарного кровотока, III триместр – артериальная гипертензия 160/100 мм.рт.ст., гипотензивная терапия Допегит.

Объективный статус

Температура тела 36,6С, ЧД 56 в минуту, ЧСС 101 в минуту.

Состояние ребенка средней степени тяжести.

При осмотре крик средней силы, непродолжительный. При крике отмечается индуцированный тремор конечностей.

Мышечный тонус – умеренно снижен во флексорах. Рефлексы новорожденных - вызываются, быстро истощаются. Патологической глазной симптоматики на момент осмотра нет.

Отмечается плеторичность кожи, симптом «бледного пятна» 4 секунды, периоральный цианоз и акроцианоз. Пастозность подкожной клетчатки. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.

Тоны сердца приглушены, отмечается брадикардия, шумы не выслушиваются. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная.

Дыхательных нарушений нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет.

Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень +1,5 см от края реберной дуги, селезенка пальпаторно не определяется. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула и мочеиспускания не было.

<u>На основании данных материнского анамнеза и физикальных данных можно предположить</u>

- 71
- 60
- 65
- 68

Диагноз

Основным лабораторным исследованием необходимым для постановки диагноза и выбора тактики лечения новорожденного является определение

- 71
- 60
- 65
- 68

Результаты лабораторного метода обследования

Полицитемия новорожденного диагностируется у новорожденных детей при уровне гематокрита выше +____+ %

- 55
- 70
- 60
- 65

Методом выбора истиной полицитемии является

- частичная обменная трансфузия
- проведение антибактериальной терапии
- увеличение объема энтерального питания, выпаивание раствором 5% глюкозы
- инфузионная терапия из расчета 60-70 мл/кг/сут

Желаемый уровень достижения венозного гематокрита составляет +____+ %

- 61-65
- 50-60
- 66-70
- 40-49

Объем замещения рассчитывается по формуле

- ОЦК (90-110 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht ребенка
- ОЦК (80-90 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht желаемый
- ОЦК (80-90мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht ребенка
- ОЦК (60-70 мл/кг) х m тела в кг х (Ht ребенка – Ht желаемый)/Ht ребенка

В качестве замещающей среды при проведении частичной обменной трансфузии используется

- свежезамороженная плазма
- 6% раствор инфукола или волювена
- 20% раствор альбумин
- физиологический раствор

Объем одного замещения (однократного выведения крови) и одного восполнения (однократного введения физиологического раствора) не должен превышать +____+ мл/кг

- 5
- 3
- 15
- 10

Контроль уровня гематокрита венозной крови после проведения частичной обменной трансфузии (ЧОТ) проводится

- через 1 час после проведения частичной трансфузии и через 12 часов
- сразу после проведения операции ЧОТ и через 6 часов после нее
- сразу после проведения частичной трансфузии и через 12 часов
- через 1 час после проведения частичной трансфузии и через 24 часа

Периферический гематокрит (Ht капиллярной крови) выше Ht венозной крови на +_____+%

- 5-15
- 20-25
- 3-5
- 15-20

В случае сочетания полицитемии с другой патологией перинатального периода (синдром аспирации мекония, тяжелой церебральной ишемией, ранним неонатальным сепсисом и т.д.), частичную обменную трансфузию проводят при уровне гематокрита +_____+% и более

- 61
- 71
- 65
- 68

При выявлении уровня венозного гематокрита 68% без симптомов полицитемии, тактика заключается в

- 61
- 71
- 65
- 68

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Новорожденный мальчик у матери 42 лет от 1 оперативных родов путем операции кесарево сечение на сроке 37 недель 4 дня.
Вес ребенка при рождении 4693 г, длина 58 см. Оценка состояния по шкале Апгар 7/9 баллов. В родильном блоке проведение реанимационных мероприятий не потребовал. Состояние после рождения средней степени тяжести. При осмотре обращает на себя внимание макросомия, макроглоссия, широкое пупочное кольцо, передние складки мочки ушей. Был переведен на пост интенсивного наблюдения отделения новорожденных. Налажено мониторное наблюдение за состоянием витальных функций.

Анамнез матери
Гинекологический анамнез: двусторонняя тубэктомия, внематочная беременность 2012 г.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2012 год – внематочная, тубэктомия слева;
2-я беременность – данная, наступила в результате ЭКО и ПЭ.
Течение беременности: 1 триместр - угроза прерывания, прием утрожестана с начала беременности до 21 недель. ОРВИ в 12 недель без повышения температуры, фитотерапия, 2 триместр - без осложнений. Скрининг – подозрение на генетическую патологию, амниоцентез – нормальный мужской кариотип 46XY, 3 триместр–многоводие, гиперплазия плаценты, крупные размеры плода.

Объективный статус
Температура тела 36,7С, ЧД 48 в минуту, ЧСС 112 в минуту, SpO~2~ 98% , АД пр. рука 70/43 (ср 53) мм.рт.ст.
Состояние ребенка средней степени тяжести.
Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Видимые слизистые розовые, чистые, отмечается макроглоссия. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Тургор мягких тканей умеренно снижен. Широкое пупочное кольцо 2,5 см.
Костно-суставная система без особенностей. Голова округлая, сагитальный шов сомкнут, большой родничок 0,7х0,7 см, выполнен, не выбухает, малый родничок закрыт. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания отрицательный.
Неврологический статус: На осмотр реагирует повышением двигательной активности. Крик громкий. Мышечный тонус умеренно снижен во флексорах. Рефлексы новорожденных близки к физиологическим. Патологических глазных симптомов нет.
Дыхание: ЧДД = 52 в минуту.
Дыхательных нарушений в покое нет. На самостоятельном дыхании, в дотации дополнительного кислорода не нуждается. Оксигенация достаточная. Дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.
Сердце: ЧСС - 154 ударов в минуту. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Гемодинамика стабильная, в проведении кардиотонической терапии не нуждается.
Живот мягкий, печень +4,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован.
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички в мошонке. Мочился.

При поступлении в отделение проведен контроль уровня глюкозы крови – 1,6 ммоль/л, Ht - 53%.

На основании анамнеза, антропометрических данных новорожденного и полученных клинико-лабораторных данных можно предположить диагноз

- Диабетическая фетопатия
- Синдром трисомии 21
- Синдром Беквита-Видемана
- Неонатальный гипотиреоз

Классической триадой симптомов синдрома Беквита- Видемана являются

- макроглоссия, висцеромегалия, гипогликемия
- омфалоцеле, макроглоссия, макросомия
- макросомия, насечки на мочке уха, характерные черты лица
- макросомия, гипогликемия, аномалия почек

Наиболее тяжелым состоянием, характеризующим Синдром Беквита-Видемана, является

- полицитемия у новорожденного
- анемия новорожденного
- тромбоцитопения новорожденного
- неонатальная гипогликемия

Основным методом лабораторной диагностики для подтверждения диагноза на этапе родильного дома является

- полицитемия у новорожденного
- анемия новорожденного
- тромбоцитопения новорожденного
- неонатальная гипогликемия

Результаты лабораторного метода обследования

Инструментальная диагностика при подозрении на синдром Беквита-Видемана включает проведение

- ЭХО-КГ, ЭКГ, УЗИ, рентгенографии легких и органов брюшной полости, КТ, МРТ
- рентгенографии легких и органов брюшной полости, УЗИ, ЭЭГ, ЭМГ
- УЗИ и рентгенографии органов брюшной полости и органов малого таза
- УЗИ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, рентгенографии органов брюшной полости

На основании антропометрических данных новорожденного сформулируйте диагноз по МКБ

- ЭХО-КГ, ЭКГ, УЗИ, рентгенографии легких и органов брюшной полости, КТ, МРТ
- рентгенографии легких и органов брюшной полости, УЗИ, ЭЭГ, ЭМГ
- УЗИ и рентгенографии органов брюшной полости и органов малого таза
- УЗИ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, рентгенографии органов брюшной полости

Диагноз

Критерием гипогликемии у новорожденных считается уровень глюкозы менее +____+ ммоль/л

- 2,2
- 2,6
- 1,6
- 1,2

В случае выявления гипогликемии у новорожденного менее 2,6 ммоль/л коррекция заключается в парентеральном введении +___+% раствора глюкозы

- 10
- 40
- 15
- 5

Тактика парентеральной коррекции гипогликемии заключается в

- постоянной инфузии раствора глюкозы 1-2 мг/кг/ мин
- однократном введении раствора глюкозы из расчета 0,2-0,4 г/кг
- введении раствора глюкозы из расчета 4-8 мл/кг с последующим переходом на постоянную инфузию глюкозы 4-8 мг/кг/мин
- постоянной инфузии раствора глюкозы 2-4 мг/кг/мин

После парентеральной коррекции гипогликемии концентрация глюкозы крови проводится через

- 6 часов после коррекции и начала инфузии
- 30 минут после начала инфузии
- 1 час после начала инфузии
- 3 часа после коррекции и начала инфузии

После достижения нормогликемии дальнейший контроль уровня гликемии проводится каждые +___+ часа/часов в течение суток

- 6
- 8
- 12
- 4

При сохраняющейся гипогликемии на фоне инфузионной терапии дальнейшая тактика заключается в

- 6
- 8
- 12
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В перинатальном центре города N 1 сентября 2018 года родился доношенный мальчик у матери 28 лет от 2 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
Вы врач неонатолог.
В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3490 г, длина 52 см, окружность головы 41 см.
В возрасте 20 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Группа крови матери А(II) вторая, Rh - положительная.
* Соматический анамнез: бронхиальная астма, контролируемая, легкое течение.
* Гинекологический анамнез: не отягощен.
* Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й и II-й триместр – без особенностей, III-й триместр – легкая анемия, принимала препараты железа.

Объективный статус
Возраст ребенка – 25 минут жизни.
ЧСС = 166-170 уд/мин, ЧД 68-74 в минуту, SpO~2 ~= 93-96%, АД = 60/36/42 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, цианоза нет, дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 2 секунд.
Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины и межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая

пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- 6
- 8
- 12
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- 6
- 8
- 12
- 4

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 6
- 8
- 12
- 4

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Боллард
- Фентона
- Даунса
- Дубовица

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение диагностической люмбальной пункции

- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии (CPAP)
- проведение диагностической плевральной пункции
- проведение диагностической пункции перикарда

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые сутки необходимо

- определение уровня билирубина капиллярной крови и оценка его почасового прироста
- определение уровня натрия в биохимическом анализе крови
- проведение рентгенологического исследования
- определение уровня тромбоцитов в клиническом анализе крови

В данной клинической ситуации определение содержания С-реактивного белка в крови необходимо проводить

- ежедневно в течение первой недели жизни
- 1 раз в 10 дней
- 1 раз в 7 дней
- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)

В данной клинической ситуации проведение клинического анализа крови необходимо проводить

- на 1 и 3 сутки жизни (первые 72 часа жизни)
- ежедневно в течение первой недели жизни
- 1 раз в 10 дней
- 1 раз в 7 дней

В данной клинической ситуации ребенку при поступлении в отделение следует начать

- дотацию кислорода диффузно
- неинвазивную респираторную терапию – CPAP/ВПК
- дотацию оксида азота
- инвазивную респираторную терапию - искусственную вентиляцию легких

В данной ситуации на фоне респираторной терапии характерно

- снижение артериального давления
- появление брадикардии
- снижение дыхательных нарушений
- снижение уровня лейкоцитов

При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах

- выявление пневмомедиастинума
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами

Сурфактантная терапия в данной клинической ситуации

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление пневмомедиастинума
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В перинатальном центре города N 1 сентября 2018 года родился доношенный мальчик у матери 37 лет от 2 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения, в связи с миомой матки больших размеров. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.

Вы врач неонатолог.

В родильном зале ребенку реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к груди матери.

Масса тела ребенка при рождении 3330 г, длина 51 см, окружность головы 37 см.

В возрасте 45 минут жизни у ребенка отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

* Группа крови матери А(II) вторая, Rh - положительная.

* Гинекологический анамнез: Миома матки 10^9^ см

* Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2008 год – физиологические роды в срок, мальчик, здоров; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - токсикоз, II-й триместр – без особенностей, III-й триместр – без особенностей.

Объективный статус

Возраст ребенка – 45 минут жизни.

ЧСС = 167 уд/мин, ЧД 72 в минуту SpO~2~= 93-96%, АД = 63/39/43 мм рт. ст.

Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, акроцианоз – дышит комнатным воздухом, кожа чистая. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд.

Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические,

рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная, при дыхании втяжения грудины, межреберий, отмечается еле заметное раздувание крыльев носа. Умеренное тахипноэ. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, проводные хрипы с двух сторон, симметрично, выслушивается затрудненный выдох. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень {plus}1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление пневмомедиастинума
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление пневмомедиастинума
- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление пневмомедиастинума

- выявление рентгенологических признаков транслокации органов брюшной полости в грудную
- выявление инфильтративных теней с эмфизематозными изменениями, ателектазами

Диагноз

Патогенез транзиторного тахипноэ новорожденных (ТТН) заключается в

- повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- повышенной воздушности легочной ткани после рождения
- дефиците эндогенного сурфактанта
- повышенном количестве внутриутробно секретированной легочной жидкости и сниженном темпе ее удаления

Тактикой ведения и лечения ребенка является

- проведение плевральной пункции
- назначение антибактериальной терапии
- проведение очистительной клизмы
- перевод в отделение реанимации, проведение респираторной терапии (CPAP)

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни необходимо

- определение транскутанного уровня билирубина
- проведение оценки кислотно-основного состояния крови
- измерение уровня натрия в биохимическом анализе крови
- измерение уровня общего кальция в биохимическом анализе крови

В данной клинической ситуации рентгенографию органов грудной клетки при положительной динамике состояния повторять

- не следует
- следует 1 раз в 7 дней
- следует ежедневно
- следует 1 раз в 10 дней

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- требуется в первые 2 часа жизни
- не требуется
- требуется ежедневно в течение первых трех дней жизни
- требуется в первые сутки жизни

Основной симптом транзиторного тахипноэ - одышка с числом дыханий +_____+ в минуту

- более 60
- 41-59
- 21-40
- менее 20

Продолжительность транзиторного тахипноэ новорожденных обычно наблюдается

- в течение первых 3 недель жизни
- менее суток, но расстройства дыхания иногда могут наблюдаться и дольше — до 2-3 дней
- в течение 1 года жизни
- в течение 1 месяца жизни

Прогноз при транзиторном тахипноэ новорожденных при неосложненном течении

- благоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- неблагоприятный
- летальный

Дифференциальную диагностику в данной ситуации необходимо проводить с

- благоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- неблагоприятный
- летальный

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделении реанимации новорожденных в транспортном инкубаторе на неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) доставлена из родильного зала недоношенная девочка с дыхательными нарушениями.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Гинекологические заболевания мать отрицает.
* Акушерский анамнез матери:
** 1 беременность - самопроизвольный полный выкидыш в 5-6 недель, без выскабливания, без особенностей;
** 2 беременность - данная, наступила самостоятельно.
* Течение беременности: наблюдалась в женской консультации. Дихориальная диамниотическая двойня
** 1 триместр: без особенностей. Скрининг: низкий риск.
** 2 триместр: 18-19 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по месту жительства; в 23 недели угроза

преждевременных родов, хирургическая коррекция ИЦН (стационарное лечение).
** 3 триместр: в 27-28 недель - установлен акушерский пессарий, с 30 недель маловодие у 1-го плода. 30-31 недель - проведена профилактика респираторного дистресс плода. 31-32 недель - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.

Анамнез жизни
Недоношенная девочка у женщины 22 лет от 2 беременности; от 1 преждевременных оперативных родов на 32 недели путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод у первородящей с дихориальной диамниотической двойней). В родильном зале отсроченное пережатие пуповины. Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. Масса тела – 1380 г. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях). Учитывая нарастание потребности в дополнительной дотации кислорода до 50%, а также дыхательные нарушения до 3 баллов по шкале Сильверман в возрасте 15 минут жизни введен Куросурф 200 мг/кг методом INSURE. В динамике потребности в дополнительной дотации O~2~ нет. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции ребенок доставлен в отделении реанимации.

Объективный статус
Возраст - 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На неинвазивной ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧД=60/мин, ЧСС 154/мин, SpO~2~ - 93%, АД 64/35 (43). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений.
Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность снижены, рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень {plus}1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу, большие губы не прикрывают малые. Не мочилась.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- благоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- неблагоприятный
- летальный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- благоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- неблагоприятный
- летальный

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- благоприятный
- сопровождается множественными осложнениями
- неблагоприятный
- летальный

Диагноз

Оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Фентона
- Дубовица
- Боллард
- Сильверман

Оптимальным стартовым методом респираторной поддержки у данного ребенка является

- метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях
- инвазивная искусственная вентиляция легких
- неинвазивная искусственная вентиляция легких
- высокочастотная осцилляторная вентиляция легких

Критериями для перевода с неинвазивной искусственной вентиляции легких на традиционную искусственную вентиляции легких являются значения

- PaCO ~2~ > 70 мм рт. ст. (парциальное давление углекислого газа), FiO~2~ ≥ 0,5 и оценка по шкале Сильверман 5 и более баллов
- PaCO~2~ > 90 мм рт. ст. (парциальное давление углекислого газа), FiO~2~ ≥ 0,5. и оценка по шкале Сильверман 5 и более баллов
- PaCO~2~ > 80 мм рт. ст. (парциальное давление углекислого газа), FiO~2~ ≥ 0,6. и оценка по шкале Сильверман 4 баллов
- PaCO~2~ > 60 мм рт. ст. (парциальное давление углекислого газа). FiO~2~ ≥ 0,4 и оценка по шкале Сильверман 3 и более баллов

К противопоказаниям у новорождённых с респираторным дистресс-синдромом к проведению респираторной терапии методом создания постоянного положительного давления в дыхательных путях относят

- некротизирующий энтероколит
- шок, судороги
- течение врожденной пневмонии у недоношенных детей с оценкой по шкале Сильверман 2 балла
- атрезию пищевода

При проведении респираторной терапии в родильном блоке, при неэффективности CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) и ИВЛ (искусственная вентиляция легких) маской рекомендуется

- интубация трахеи и искусственная вентиляция легких
- сурфактантная терапия
- введение адреналина эндотрахеально
- введение адреналина внутривенно

Наиболее эффективное время стартового проведения сурфактантной терапии данному пациенту не позднее

- первых 3 часов жизни
- первых 2 часов жизни
- первых 6 часов жизни
- до конца первых суток жизни

Дифференциальная диагностика респираторного синдрома проводится с

- инфекцией специфичной для перинатального периода
- врожденной пневмонией
- бронхолегочной дисплазией
- интерстициальной эмфиземой

Схема пренатальной профилактики респираторной терапии включает в себя

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Для картины респираторного дистресс-синдрома по данным рентгенографии органов грудной клетки характерно

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс

- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделении реанимации новорожденных недоношенная девочка с дыхательными нарушениями до 3-4 баллов переведена на респираторную терапию методом высокочастотной осцилляторной вентиляции легких (ВЧОВЛ).

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Гинекологические заболевания мать отрицает.
* Акушерский анамнез матери: 1 беременность - роды в срок, девочка, здорова; 2 беременность - данная, наступила самостоятельно.
* Течение беременности: наблюдалась в ЖК.
* 1 триместр: без особенностей. Скрининг в норме.
* 2 триместр: 20 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по месту жительства;
* 3 триместр: в 30 недель - установлен акушерский пессарий; 33 недели - проведена профилактика респираторного дистресс синдрома плода; 33-34 недели - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.

Анамнез жизни
Недоношенная девочка у женщины 29 лет от 2 беременности; от 2 преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод на 34 неделе). В родзале проведено отсроченное пережатие пуповины. Масса тела при рождении – 1820 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях), потребности в дополнительной дотации кислорода до 30%. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлена в отделение реанимации новорожденных.

Объективный статус
Возраст - 40 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ВЧОВЛ. Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧСС 150/мин, SpO~2~ - 92%, АД 62/36 (40). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений.
Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность снижены, рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Вибрация достаточная.
Осцилляции проводится равномерно во все отделы легких, дыхание ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень {plus}1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика

кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу, большие губы не полностью прикрывают малые. Не мочилась.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Диагноз

Клиническими проявлениями респираторного дистресс-синдрома считают

- экспираторные шумы («стонущее дыхание»), обусловленные развитием компенсаторного спазма голосовой щели на выдохе
- остаточное содержимое желудка с примесью желчи
- судорожный синдром, тонико-клонические судороги в конечностях, девиацию языка
- сероватый колорит кожных покровов с мраморным оттенком

Дифференциальная диагностика респираторного синдрома проводится с

- транзиторным тахипноэ новорожденных
- ателектазом легких
- интерстициальной эмфиземой
- инфекцией специфичной для перинатального периода

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана защищенными пенициллинами
- показана ампициллином и гентамицином
- не показана
- показана ванкомицином

К показаниям для перевода на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких (ВЧОВ) относят

- ателектаз легкого
- обтурацию дыхательных путей
- неэффективность традиционной ИВЛ
- неэффективность CPAP

Стартовая амплитуда осцилляторных колебаний ВЧОВ рассчитывается по формуле +_____+ (где m-масса тела при рождении)

- Δ P= m{plus}25
- Δ P= 4m{plus}25
- Δ P= 4m{plus}29
- Δ P= 4m{plus}24

Недоношенным детям с респираторным дистресс-синдромом рекомендовано введение сурфактанта по показаниям

- с массой тела при рождении менее 1500 г
- с массой тела при рождении менее 1000 г
- с массой тела при рождении менее от 500 г до 750 г
- независимо от массы тела при рождении

При проведении респираторной терапии в родильном блоке, при неэффективности CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) и ИВЛ (искусственная вентиляция легких) маской рекомендуется

- введение адреналина внутривенно
- введение адреналина эндотрахеально
- интубация трахеи и искусственная вентиляция легких
- сурфактантная терапия

Основной причиной развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденных является

- нарушение синтеза и экскреции сурфактанта, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани
- задержка резорбции околоплодной жидкости
- нарушение работы сурфактанта, связанное с незрелостью легочной ткани

- повышенная выработка сурфактанта, в связи с незрелостью легочной ткани

Для картины респираторного дистресс-синдрома по данным рентгенографии органов грудной клетки характерно

- нарушение синтеза и экскреции сурфактанта, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани
- задержка резорбции околоплодной жидкости
- нарушение работы сурфактанта, связанное с незрелостью легочной ткани
- повышенная выработка сурфактанта, в связи с незрелостью легочной ткани

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделении реанимации новорожденных в транспортном инкубаторе на неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) доставлен из родильного зала недоношенный мальчик с дыхательными нарушениями.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Гинекологические заболевания мать отрицает.
* Акушерский анамнез матери: 1 беременность - самопроизвольный полный выкидыш в 5-6 недель, без выскабливания, без особенностей; 2 беременность - своевременные роды, девочка, здорова; 3 беременность - данная, наступила самостоятельно.
* Течение беременности: наблюдалась в ЖК.
** 1 триместр: без особенностей. Скрининг: низкий риск.
** 2 триместр: 20 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по месту жительства; в 23 недели угроза преждевременных родов, хирургическая коррекция ИЦН (стационарное лечение).
** 3 триместр: в 29 недель - установлен акушерский пессарий; в 30-31 неделю - проведена профилактика респираторного дистресс плода; 31-32 недели - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.

Анамнез жизни
Недоношенный мальчик у женщины 34 лет от 3 беременности; от 3 преждевременных оперативных родов на 32 недели путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод). В родильном зале отсроченное пережатие пуповины. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела – 1450 г. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях). Учитывая нарастание потребности в дополнительной дотации кислорода до 50%, а также дыхательные нарушения до 3 баллов по шкале Сильверман, в возрасте 18 минут жизни введен Куросурф 200 мг/кг методом INSURE. В динамике потребности в дополнительной дотации O~2~ нет. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлен в отделении реанимации.

Объективный статус

Возраст - 45 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На неинвазивной ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧД=58/мин, ЧСС 160/мин, SpO~2~ - 93%, АД 64/35 (43). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений.

Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно снижены, рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус соответствует гестационному возрасту. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Не мочился.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- нарушение синтеза и экскреции сурфактанта, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани
- задержка резорбции околоплодной жидкости
- нарушение работы сурфактанта, связанное с незрелостью легочной ткани
- повышенная выработка сурфактанта, в связи с незрелостью легочной ткани

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- нарушение синтеза и экскреции сурфактанта, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани
- задержка резорбции околоплодной жидкости
- нарушение работы сурфактанта, связанное с незрелостью легочной ткани
- повышенная выработка сурфактанта, в связи с незрелостью легочной ткани

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- нарушение синтеза и экскреции сурфактанта, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани
- задержка резорбции околоплодной жидкости
- нарушение работы сурфактанта, связанное с незрелостью легочной ткани
- повышенная выработка сурфактанта, в связи с незрелостью легочной ткани

Диагноз

Оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Даунса
- Сильверман
- Боллард
- Апгар

Оптимальным стартовым методом респираторной поддержки у данного ребенка является

- неинвазивная искусственная вентиляция легких
- высокочастотная осцилляторная вентиляция легких
- инвазивная искусственная вентиляция легких
- кислородная маска

Одним из критериев для перевода с неинвазивной искусственной вентиляции легких на традиционную искусственную вентиляции легких является

- оценка по шкале Сильвеман 2 балла
- апноэ, повторяющиеся более 4 раз в течение часа
- PaCO~2~> 70 мм рт.ст. (парциальное давление углекислого газа), FiO~2~ ≥ 0,3
- повторное апноэ в течение часа

К противопоказаниям у новорождённых с респираторным дистресс-синдромом к проведению респираторной терапии методом создания постоянного положительного давления в дыхательных путях относят

- атрезию пищевода
- течение врожденной пневмонии у недоношенных детей с оценкой по шкале Сильверман 2 балла
- легочное кровотечение
- ателектаз легкого

При проведении респираторной терапии в родильном блоке, при неэффективности CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) и ИВЛ (искусственная вентиляция легких) маской рекомендуется

- интубация трахеи и искусственная вентиляция легких
- волюмэспандерная терапия
- сурфактантная терапия
- очистительная клизма

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- не показана

- показана линезолидом
- показана ампициллином и гентамицином
- показана карбапенемами

Дифференциальная диагностика респираторного синдрома проводится с

- кистозной мальформацией
- бронхолегочной дисплазией
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- синдром мекониальной аспирации

Схема пренатальной профилактики респираторной терапии включает в себя

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Для картины респираторного дистресс-синдрома по данным рентгенографии органов грудной клетки характерно

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделении реанимации новорожденных недоношенная девочка с дыхательными нарушениями до 3-4 баллов по шкале Сильверман на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Гинекологические заболевания мать отрицает.
* Акушерский анамнез матери: 1 беременность - роды в срок, девочка, здорова; 2 беременность - данная, наступила самостоятельно.
* Течение беременности: наблюдалась в ЖК.
** 1 триместр: без особенностей. Скрининг в норме;
** 2 триместр: 20 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по месту жительства;
** 3 триместр: в 30 недель - установлен акушерский пессарий; 33 недели - проведена профилактика респираторного дистресс синдрома плода; 33-34 недели - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.

Анамнез жизни

Недоношенная девочка у женщины 34 лет от 2 беременности; от 2 преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод на 34 неделе). В родзале отсроченное пережатие пуповины. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 1780 г. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях), потребности в дополнительной дотации кислорода до 30%. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлена в отделение реанимации новорожденных.

Объективный статус

Возраст – 1 час жизни. Состояние ребенка тяжелое. Переведена на высокочастотную вентиляцию легких (ВЧОВЛ). Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧСС 150/мин, SpO~2~ - 92%, АД 62/36 (40). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений.
Неврологический статус: медикаментозная седация. Мышечный тонус снижен. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная. Вибрация достаточная. Осцилляции проводятся равномерно во все отделы легких, дыхание ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень +1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу, большие губы не полностью прикрывают малые. Не мочилась.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Диагноз

К клиническим проявлениям респираторного дистресс-синдрома относят

- выраженное вздутие живота
- судорожный синдром, тонико-клонические судороги в конечностях, девиация языка
- ослабление дыхания в легких, крепитирующие хрипы при аускультации
- остаточное содержимое желудка с примесью желчи

Для картины респираторного дистресс-синдрома по данным рентгенографии органов грудной клетки характерно

- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях, и/или плевральных синусах
- выявление сильной деформации легочного рисунка на ограниченном участке
- диффузное снижение прозрачности легочных полей «белые легкие»
- выявление инфильтративных теней, перемежающихся с эмфизематозными изменениями, ателектазами

К показаниям для перевода на высокочастотную вентиляцию легких (ВЧОВ) относят

- тяжелые формы утечки воздуха (пневмоторакс, интерстициальная легочная эмфизема)
- атрезию хоан
- неэффективность CPAP
- отсутствие самостоятельного дыхания

Недоношенным детям с респираторным дистресс-синдромом рекомендовано введение сурфактанта по показаниям

- независимо от массы тела при рождении
- с массой тела при рождении менее 1500 г
- с массой тела при рождении от 500 г до 750 г
- с массой тела при рождении менее 1000 г

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана ванкомицином
- показана имипенемом
- не показана
- показана ампициллином и гентамицином

Стартовая амплитуда осцилляторных колебаний высокочастотной вентиляции легких (ВЧОВ) рассчитывается по формуле +_____+ (где m-масса тела при рождении)

- Δ P= 4m{plus}20
- Δ P= 2m{plus}25
- Δ P= 4m{plus}25
- Δ P= m{plus}29

Дифференциальная диагностика респираторного синдрома проводится с

- бронхолегочной дисплазией
- секвестром легкого
- персистирующей легочной гипертензией новорожденных
- инфекцией специфичной для перинатального периода

При оптимальном объеме легких купол диафрагмы на рентгенограмме расположен

- на уровне 8-9 ребра
- справа на уровне 8-ого, слева - 10-ого ребра
- не ниже уровня 7-го ребра
- на уровне 10 ребра

Контроль рентгенограммы органов грудной клетки при проведении высокочастотной вентиляции легких (ВЧОВ) проводится

- на уровне 8-9 ребра
- справа на уровне 8-ого, слева - 10-ого ребра
- не ниже уровня 7-го ребра
- на уровне 10 ребра

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделение реанимации новорожденных из родильного зала доставлена недоношенная новорожденная девочка с дыхательными нарушениями.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Гинекологические заболевания мать отрицает.
* Акушерский анамнез матери: 1 беременность - данная, наступила самостоятельно.
* Течение беременности: наблюдалась в ЖК.
** 1 триместр: без особенностей. Скрининг: низкий риск.
** 2 триместр: без особенностей.
** 3 триместр: в 28 недель угрожающие преждевременные роды, в 30-31 неделю - проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода; 31-32 недели - жалобы на подтекание околоплодных вод, госпитализирована.

Анамнез жизни

Недоношенная девочка у женщины 21 года от 1 беременности; 1 преждевременных оперативных родов на 32 неделе путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных вод). В родильном зале отсроченное пережатие пуповины. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела 1570 г. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях). Учитывая нарастание потребности в дополнительной дотации кислорода до 50%, а также дыхательные нарушения до 3 баллов по шкале Сильверман, в возрасте 15 минут жизни введен Куросурф 200 мг/кг методом INSURE. В динамике потребности в дополнительной дотации O~2~ нет. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлена в отделении реанимации.

Объективный статус

Возраст - 50 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На неинвазивной ИВЛ. Потребность в дополнительном кислороде 25-30%. ЧД=58/мин, ЧСС 164/мин, SpO~2~- 93%, АД 64/35 (43). В микроклимате кувеза. Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений.

Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность умеренно снижена, рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус удовлетворительный. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.

Грудная клетка симметричная. Шум потока проводится равномерно во все отделы легких, несколько ослаблен, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень {plus}1,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по женскому типу. Не мочилась.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- на уровне 8-9 ребра
- справа на уровне 8-ого, слева - 10-ого ребра
- не ниже уровня 7-го ребра
- на уровне 10 ребра

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- на уровне 8-9 ребра
- справа на уровне 8-ого, слева - 10-ого ребра
- не ниже уровня 7-го ребра
- на уровне 10 ребра

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- на уровне 8-9 ребра
- справа на уровне 8-ого, слева - 10-ого ребра
- не ниже уровня 7-го ребра
- на уровне 10 ребра

Диагноз

Оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Дубовица
- Сильверман
- Белл
- Фентона

Оптимальным стартовым методом респираторной поддержки у данного ребенка является

- кислородная маска
- неинвазивная искусственная вентиляция легких
- высокочастотная осцилляторная вентиляция легких
- инвазивная искусственная вентиляция легких

Одним из критериев для перевода с неинвазивной искусственной вентиляции легких на традиционную искусственную вентиляции легких является

- тахикардия
- внутрижелудочковое кровоизлияние
- шок
- оценка по шкале Сильвеман 2 балла

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- не показана
- показана аминогликозидами
- показана ампициллином и гентамицином
- показана линезолидом

Стартовые параметры Pip при неинвазивной ИВЛ +___+ см вод. ст

- 11-12
- 5-7
- 8-10
- 2-4

Наиболее эффективное время проведения сурфактантной терапии у недоношенных ≤ 26 недель не позднее +_____+ жизни

- 6 часов
- 2 часов
- 1 часа
- 20 минут

Дифференциальная диагностика респираторного синдрома проводится с

- апноэ недоношенных
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- синдром утечки воздуха, пневмотораксом
- интерстициальной эмфиземой

Схема пренатальной профилактики РДС включает в себя

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Контроль рентгенограммы органов грудной клетки при высокочастотной осцилляторной вентиляции легких (ВЧОВ) проводится

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных. На респираторной терапии методом CPAP с дотацией 30% кислорода.
Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ при нагрузке. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации снижение SpO~2~ до 85%, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh - положительный.
Гинекологические заболевания матери: отрицает.
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - год назад – самопроизвольный полный выкидыш в 5-6 недель, без выскабливания, без особенностей. 2 беременность - данная,

наступила самостоятельно.
Течение беременности: наблюдалась в ЖК г.Москва.
1-й триместр: токсикоз беременных; 2-й триместр: артериальная гипертензия, получала терапию (допегит). Носитель мутации Лейдена. Получала терапию клексаном. В 18-19 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж; в 25 недель – отслойка нормально расположенной плаценты.
Роды 1-е, оперативные преждевременные на сроке 25 недель, путем операции кесарево сечение в связи с отслойкой плаценты. Оценка по Апгар 4/6 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. Далее, учитывая прогрессирование дыхательных нарушений, на 20–й минуте жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни

В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс-синдрома плода (РДС) в виду нарастания дыхательных нарушений с оценкой по шкале Сильверман 4 балла начата ИВЛ. В силу сохраняющейся потребности в ИВЛ и доп. O~2~ до 50%, с заместительной целью повторно проведено введение препарата сурфактанта "Куросурф" из расчета 100 мл/кг, перенес процедуру удовлетворительно. Далее продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ).
Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 15 суток жизни, с 16-х суток жизни в течение 14 дней жизни продолжалась традиционная ИВЛ, с 29 суток переведен на неинвазивную респираторную терапию. В возрасте 30 дней - осложнение некротизирующий энтероколит (НЭК) 3 – перфорация подвздошной кишки. Проведена операция резекции участка кишки и выведение илеостомы. В периоперационном периоде находился на традиционной ИВЛ до 40 дней. С 41 суток жизни переведен на неинвазивную респираторную терапию. С 65 суток жизни находится на респираторной терапии методом CPAP с FiO~2~ 0,3.

Объективный статус

Возраст: 77-е сутки жизни.
Респираторная терапия: CPAP FiO~2~ 0,30 peep +3,0 см вод. ст.
ЧСС 175 уд в минуту, ЧД 50 в минуту SpO~2~ 93-96%, АД 81/53 (69) мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Сохраняются дыхательные нарушения при нагрузке: 2 балла по шкале Сильвермана. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет.
Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные.
Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики - склонность к

артериальной гипертензии. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика кишечника выслушивается. Энтеральное питание из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул по стоме регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты инструментальных методов обследования

Одной из дополнительных диагностических процедур является

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- дексаметазон – 12 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 6 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс
- дексаметазон – 10 мг внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс
- бетаметазон – 12 мг внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс

Диагноз

На основании клинических данных у пациента имеет место следующая форма бронхолегочной дисплазии (БЛД)

- классическая
- тяжелая
- легкая
- среднетяжелая

Тактика ведения и лечения ребенка заключается в

- системном назначении стероидов
- продолжении кислородотерапии
- ингаляции с муколитическими средствами
- терапии эритропоэтином

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- показана системными кортикостероидами – гидрокортизоном
- показана ингаляционными кортикостероидами
- не требуется
- показана системными кортикостероидами - дексаметазоном

На основании данных эхокардиографии ребенку допустима терапия

- β-адреноблокаторами
- дигоксином
- неотоном
- силденафилом

Терапия метилксантинами рекомендуется всем недоношенным новорожденным

- с зависимостью от кислорода
- ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ
- независимо от гестационного возраста
- с респираторным дистресс-синдромом

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии (БЛД) рекомендуется пассивная иммунизация против

- ротавируса
- гепатита В
- РСВ-инфекции
- коклюша

Одним из показаний для профилактики системными стероидами является

- легочная гипертензия
- зависимость от 30% кислорода
- повторные неудачные попытки экстубации
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

- легочная гипертензия
- зависимость от 30% кислорода
- повторные неудачные попытки экстубации
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенный ребенок находится в отделении патологии новорожденных (ОПНиНД) в течение 8 дней. Получает сеансы оксигенотерапии через лицевую маску 30% кислородом.

Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации – снижение SpO~2~ до 85%, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.

Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки (лечение не проводилось).

Акушерский анамнез матери: настоящая беременность 1-я, наступила самопроизвольно.

Течение беременности: I триместр: протекал на фоне токсикоза и легкой анемии беременных.

II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия, III триместр - в 31 неделю ринит, повышение температуры до 38°С, лечилась народными средствами. Проведена профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС).

Роды 1-е, преждевременные на сроке 32 недели, преждевременное излитие околоплодных вод. Оценка по Апгар 4/6 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких. В первые 2 ч жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, методом INSURE.

Анамнез жизни

В ОРИТ недоношенному ребенку с течением РДС в виду нарастания дыхательных нарушений с оценкой по шкале Сильверман 4 балла начата ИВЛ. В силу сохраняющейся потребности в ИВЛ и доп. О~2~ до 50%, с заместительной целью повторно проведено введение препарата сурфактанта "Куросурф" из расчета 100 мл/кг, перенес процедуру удовлетворительно. Далее продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ).

Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.

ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 15 суток жизни, с 16-х суток жизни в течение 15 дней жизни продолжалась неинвазивная респираторная терапия (неинвазивная ИВЛ, CPAP). С 40 суток жизни переведен на респираторную терапию через высокопоточные канюли. На 48 сутки жизни переведен в ОПНиНД на масочной подаче кислорода.

Объективный статус
Возраст: 56-е сутки жизни.
Респираторная терапия: Маска FiO~2~ 0,30 поток 6,0 л/мин
ЧСС 165 уд. в минуту, ЧД 66-70 в минуту, SpO~2~ 90-93%, АД 71/53 /59 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Дотация O~2~ до 30% через маску. Сохраняются дыхательные нарушения: 2 балла по шкале Сильвермана при нагрузке, умеренное тахипноэ, без нарастания в динамике. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики – склонность к артериальной гипертензии. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- легочная гипертензия
- зависимость от 30% кислорода
- повторные неудачные попытки экстубации
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- легочная гипертензия
- зависимость от 30% кислорода
- повторные неудачные попытки экстубации
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст

Результаты инструментальных методов обследования

Одной из дополнительных диагностических процедур является

- исследование церебральной функции мозга
- ультразвуковое исследование щитовидной железы
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- эхокардиография

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- исследование церебральной функции мозга
- ультразвуковое исследование щитовидной железы
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- эхокардиография

Диагноз

На основании клинических данных у пациента имеет место следующая форма бронхолегочной дисплазии (БЛД)

- классическая
- легкая
- тяжелая
- среднетяжелая

Тактика ведения и лечения ребенка заключается в

- проведении ЭКМО
- системном назначении стероидов
- кислородотерапии через маску
- ингаляции с муколитиками

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- не требуется
- показана системными кортикостероидами - дексаметазоном
- показана ингаляционными кортикостероидами
- показана системными кортикостероидами – гидрокортизоном

Бронхолитическая терапия показана

- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем недоношенным детям с тахикардией
- всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями
- всем недоношенным детям с синдромом апноэ

Терапия метилксантинами рекомендуется всем недоношенным новорожденным

- с тяжелой формой БЛД

- с респираторным дистресс-синдромом
- ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ
- находящимся на длительной инвазивной ИВЛ

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии (БЛД) рекомендуется пассивная иммунизация против

- пневмококка
- менингококка
- гепатита В
- дифтерии

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции (РСВ) проводится всем детям с бронхолегочной дисплазией (БЛД) на

- первом году жизни
- втором году жизни
- кислородотерапии
- ИВЛ

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии (БЛД) включает в себя

- первом году жизни
- втором году жизни
- кислородотерапии
- ИВЛ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении патологии новорожденных (ОПНиНД) в течение 17 дней. В покое обходится без дополнительного кислорода. Сохраняется дотация кислорода во время кормления и манипуляций через O~2~ маску FiO~2~ 0,25, поток 3,0.
Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ во время кормления. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации снижение SpO~2~ до 85%, восстанавливается самостоятельно при дотации 25% кислорода через O~2~ маску. Эпизодов апноэ нет.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Гинекологические заболевания матери: отрицает
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - с/полный выкидыш в 5-6 недель, без выскабливания, без особенностей. 2 беременность - данная, наступила самостоятельно.
Течение беременности: наблюдалась в ЖК г.Москва.
1триместр: токсикоз беременных. 2триместр: артериальная гипертензия, получала

терапию допегит. 17-18 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж. В 23 недели угрожающие сверхранние преждевременные роды, хирургическая коррекция ИЦН (стационарное лечение в ОПБ). Роды 1-е, преждевременные оперативные на сроке 28 недель, путем операции кесарево сечение, учитывая нарастание тяжести преэклампсии (АД 180/100 мм рт. ст.).

Анамнез жизни

В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома, с сохраняющейся потребностью в ИВЛ и доп. O~2~ до 50%, с заместительной целью проведено введение препарата экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, перенес процедуру удовлетворительно. Далее продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ). Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.

ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 10 суток жизни, с 11-х суток по 20 сутки жизни по традиционная ИВЛ, далее на неинвазивной ИВЛ до 27 суток жизни, на CPAP до 35 суток. На 38 сутки жизни переведен в ОПНиНД на масочной подаче кислорода.

Объективный статус

Возраст: 56-е сутки жизни. ПКВ 36 недель

Без дотации дополнительного кислорода. SpO~2~ 96-98%, АД 69/48 /56 мм рт. ст. Состояние ребенка средней тяжести. Без дополнительного кислорода. Сохраняются дыхательные нарушения: 2 балла по шкале Сильвермана при нагрузке, умеренное тахипноэ, без нарастания в динамике. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Сохраняется дотация кислорода во время кормления и манипуляций через O~2~ маску FiO~2~ 0,25, поток 3,0. Эпизодов апноэ нет. Патологической неврологической симптоматики нет. Кожа чистая бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 30 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- первом году жизни
- втором году жизни
- кислородотерапии
- ИВЛ

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- первом году жизни
- втором году жизни
- кислородотерапии
- ИВЛ

Результаты инструментальных методов обследования

Одной из дополнительных диагностических процедур является

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- исследование церебральной функции мозга
- эхокардиография
- нейросонография

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- исследование церебральной функции мозга
- эхокардиография
- нейросонография

Диагноз

На основании клинических данных у пациента имеет место следующая форма бронхолегочной дисплазии (БЛД)

- классическая
- тяжелая
- легкая
- среднетяжелая

Тактика ведения и лечения данного пациента заключается в

- нейропротективной терапии
- трансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови
- переводе на высокопоточные канюли
- отлучении от кислорода

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- не требуется

- показана ингаляционными глюкокортикостероидами
- показана системными глюкокортикостероидами - преднизолоном
- показана системными глюкокортикостероидами - гидрокортизоном

Бронхолитическая терапия показана

- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями
- всем недоношенным детям с плохой прибавкой массы тела
- всем недоношенным детям с тахикардией

Терапия метилксантинами рекомендуется всем недоношенным новорожденным

- с бронхолегочной дисплазией
- ГВ < 32 недель, находящимся на инвазивной ИВЛ перед планирующейся экстубацией
- находящимся на неинвазивной ИВЛ
- с респираторным дистресс-синдромом

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии (БЛД) рекомендуется пассивная иммунизация против

- коклюша
- гепатита В
- менингококка
- гемофильной инфекции

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции (РСВ) у детей с бронхолегочной дисплазией (БЛД) проводится детям на +_____+ году жизни, которым требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 месяцев

- 3
- 5
- 2
- 7

В качестве профилактики формирования бронхолегочной дисплазии следует избегать

- 3
- 5
- 2
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных (ОРИТН) в течение 28 дней. Проводится искусственная вентиляция легких, потребность в дополнительной дотации O~2~ 35-40%.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Гинекологические заболевания матери: отрицает.
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - своевременные роды (ребенок здоров), без особенностей. 2 беременность – спустя 3 года - данная, наступила самостоятельно.
Течение беременности: наблюдалась в ЖК г.Москва.
1 триместр: токсикоз беременных. 2 триместр: анемия беременных, 19-20 недель - угрожающий поздний с/выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж; в 23 недели угрожающие сверхранние преждевременные роды, хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности (стационарное лечение в ОПБ).
Роды 2-е, преждевременные на сроке 28 недель путем операции кесарева сечение, в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Оценка по Апгар 6/7 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях, далее учитывая прогрессирование дыхательных нарушений на 20 – й минуте жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни

В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС) была налажена неинвазивная ИВЛ, однако в возрасте 2 ч.ж., учитывая нарастание потребности в дотации O~2~ до 40% и прогрессирование дыхательных нарушения до 4-х баллов по шкале Сильверман, повторно вводился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 100 мл/кг. Перенес процедуру удовлетворительно. В возрасте 10 ч.ж. ребенок, принимая во внимание выраженные дыхательные нарушения, был интубирован, налажена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ). Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии. ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 13 суток жизни, с 14-х суток жизни по настоящее время традиционная ИВЛ.

Объективный статус

Возраст: 29-е сутки жизни.
Респираторная терапия: ИВЛ FiO~2~ 0.35 Pip 15 Peep 5 Ti 0.38 MAP 8 Vte 5,8-6,2 Fr 45
ЧСС 148 уд в минуту, ЧД 60 в минуту, SpO~2~ 85-93-95%, АД 63/43/49 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Респираторная терапия ИВЛ, потребность в дотации кислорода до 40%. Спонтанное дыхание регулярное. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно аппаратное дыхание проводится дыхание симметрично с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные

хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. При санации трахеобронхиального дерева слизистая мокрота, умеренно. Показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- 3
- 5
- 2
- 7

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 3
- 5
- 2
- 7

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 3
- 5
- 2
- 7

Диагноз

Тактика ведения и лечения данного пациента заключается в проведении терапии

- антибиотиками
- антимикотиками
- муколитиками
- глюкокортикоидами

Гормональная терапия данному пациенту

- показана ингаляционными глюкокортикоидами

- показана системными глюкокортикоидами- дексаметазоном
- не показана
- показана системными глюкокортикоидами - гидрокортизоном

Бронхолитическая терапия показана

- всем недоношенным детям на искусственной вентиляции
- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями
- всем доношенным детям с синдромом апноэ

Терапия метилксантинами рекомендуется всем

- недоношенным с тяжелой формой БЛД
- новорожденным с любой формой БЛД
- новорожденным на инвазивной ИВЛ
- недоношенным новорожденным ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ

Одним из показаний для терапии системными глюкокортикоидами является

- зависимость от 40% кислорода
- среднее давление в дыхательных путях 8 см вод. ст.
- наличие на рентгенограмме признаков интерстициального отека
- наличие вязкой мокроты

При проведении ИВЛ у ребенка с бронхолегочной дисплазией допускается некоторая степень

- снижения диуреза
- гиперкапнии
- гипокапнии
- прибавки массы тела

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции проводится всем детям с бронхолегочной дисплазией на +_____+ жизни

- первом месяце
- первом году
- втором году
- третьем году

Диагноз «бронхолегочная дисплазия» правомочен до достижения ребенком возраста +____+ лет

- 2
- 5

- 3
- 4

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

- 2
- 5
- 3
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных (ОРИТН) в течение 28 дней. Проводится искусственная вентиляция легких, потребность в дополнительной дотации O~2~ 35-40%. Отмечаются редкие эпизоды бронхообструкции.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B (III) третья, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки (лечение не проводилось).
Акушерский анамнез матери: настоящая беременность 1-я, наступила самопроизвольно.
Течение беременности: I триместр: протекал на фоне токсикоза и легкой анемии беременных.
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия.
III триместр: в 29 недель ринит, повышение температуры до 38°С, лечилась народными средствами.
Роды 1-е, преждевременные на сроке 30 недель, преждевременное излитие околоплодных вод. Оценка по Апгар 6/7 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. Далее, учитывая прогрессирование дыхательных нарушений, на 20 – й минуте жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни
В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС) была продолжена неинвазивная ИВЛ, однако в возрасте 12 ч.ж. отмечалось легочное кровотечение. Был интубирован и продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ). Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 10 суток, с 11-х суток жизни по настоящее время – традиционная ИВЛ.

Объективный статус
Возраст: 29-е сутки жизни.
Респираторная терапия: ИВЛ FiO~2~ 0.40 Pip 15 Peep 5 Ti 0.38 MAP 8 Vte 5,8-6,2 Fr 45
ЧСС 148 уд. в минуту, ЧД 60 в минуту, SpO~2~ 85-93-95%, АД 63/43 /49 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Респираторная терапия ИВЛ, потребность в дотации кислорода до 40%. Спонтанное дыхание регулярное. Редкие эпизоды бронхообструкции. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно аппаратное дыхание проводится симметрично с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости – умеренное количество слизи. При санации трахеобронхеального дерева слизистая мокрота, умеренно. Показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- 2
- 5
- 3
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

К необходим для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2
- 5
- 3
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 2
- 5
- 3
- 4

Диагноз

Тактика ведения и лечения данного пациента заключается в проведении

- оксигенотерапии
- терапии силденафилом
- терапии ибупрофеном
- терапии оксидом азота

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- показана системными глюкокортикоидами - преднизолоном
- показана системными глюкокортикоидами - дексаметазоном
- показана системными глюкокортикоидами - гидрокортизоном
- не показана

Бронхолитическая терапия показана

- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем доношенным детям с синдромом апноэ
- всем недоношенным детям с синдромом апноэ
- всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями

В качестве профилактики формирования бронхолегочной дисплазии следует избегать

- гипоксемии
- гипоальбуминемии
- метаболического алкалоза
- гиперкапнии

Длительная оксигенотерапия рекомендована пациентам с

- бронхолегочной дисплазией и легочной гипертензией
- бронхообструктивным синдромом
- бронхолегочной дисплазией средне-тяжелой формы
- респираторным дистресс-синдром

При проведении ИВЛ у ребенка с БЛД допускается умеренная степень

- гипокапнии
- гипоксемии
- ацидоза
- алкалоза

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции у детей с бронхолегочной дисплазией проводится детям на +_____+ году жизни, которым требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 месяцев

- 4
- 6
- 2
- 3

Диагноз «бронхолегочная дисплазия» правомочен до достижения ребенком

- 3 лет
- 44 недель ПКВ
- 2 лет
- 42 недель ПКВ

Профилактика бронхолегочной дисплазии при проведении респираторной терапии и/или оксигенотерапии у недоношенных новорожденных с высоким риском развития данной патологии включает в себя

- 3 лет
- 44 недель ПКВ
- 2 лет
- 42 недель ПКВ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных (ОРИТН) в течение 28 дней. Проводится искусственная вентиляция легких, потребность в дополнительной дотации O~2~ 35-40%. Отмечаются редкие эпизоды бронхообструкции.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки (лечение не проводилось).
Акушерский анамнез матери: настоящая беременность 1-я, наступила самопроизвольно.
Течение беременности: I триместр: протекал на фоне токсикоза и легкой анемии беременных.
II триместр: угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия.
III триместр: в 29 недель ринит, лечилась народными средствами.
Роды 1-е, преждевременные на сроке 30 недель, преждевременное излитие околоплодных вод. Оценка по Апгар 6/7 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. Далее, учитывая прогрессирование дыхательных нарушений, на 20 – й минуте жизни вводился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни
В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС) была продолжена неинвазивная ИВЛ, однако в возрасте 12 часов жизни отмечалось легочное кровотечение. Ребенок был интубирован и продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ). Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 10 суток жизни, с 11-х суток жизни по настоящее время традиционная ИВЛ.

Объективный статус
Возраст: 29-е сутки жизни.
Респираторная терапия: ИВЛ FiO~2~ 0.40 Pip 15 Peep 5 Ti 0.38 MAP 8 Vte 5,5-5,9 Fr 40
ЧСС 152 уд. в минуту, ЧД 58 в минуту, SpO~2~ 85-93-95%, АД 67/49 (58) мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Респираторная терапия ИВЛ, потребность в дотации кислорода до 40%. Спонтанное дыхание регулярное. Редкие эпизоды бронхообструкции. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно аппаратное дыхание проводится симметрично с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. При санации трахеобронхеального дерева умеренное количество слизистой мокроты. Показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- 3 лет
- 44 недель ПКВ
- 2 лет
- 42 недель ПКВ

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 3 лет
- 44 недель ПКВ
- 2 лет
- 42 недель ПКВ

Результаты инструментальных методов обследования

<u>На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз</u>

- 3 лет
- 44 недель ПКВ
- 2 лет
- 42 недель ПКВ

Диагноз

<u>Тактика ведения и лечения данного пациента заключается в проведении</u>

- терапии оксидом азота
- терапии силденафилом
- оксигенотерапии
- терапии эритропоэтином

<u>Кортикостероидная терапия данному пациенту</u>

- не показана
- показана системными глюкокортикоидами - гидрокортизоном
- показана системными глюкокортикоидами - дексаметазоном
- показана системными глюкокортикоидами - преднизолоном

<u>Бронхолитическая терапия показана</u>

- всем доношенным детям с дыхательными нарушениями
- детям с бронхообструктивным синдромом (БОС)
- всем недоношенным детям с синдромом апноэ
- всем доношенным детям с синдромом проклятия Ундины

<u>Терапия метилксантинами рекомендуется всем</u>

- недоношенным новорожденным ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ
- новорожденным с врожденной пневмонией
- недоношенным с тяжелой формой БЛД
- новорожденным на ИВЛ

<u>В качестве профилактики формирования бронхолегочной дисплазии следует избегать</u>

- гиперкалоража
- гипероксии
- гипогликемии
- гиперкапнии

Одним из показаний для терапии системными глюкокортикостероидами считают

- зависимость от 30% кислорода
- гиперкапнию
- повторные неудачные попытки экстубации
- патологическую прибавку массы тела

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

- раннее назначение эритропоэтина
- применение стартовой неинвазивной респираторной терапии
- трансфузию эритроцитсодержащих компонентов
- отсроченное пережатие пуповины

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии (БЛД) рекомендуется пассивная иммунизация против

- РСВ-инфекции
- полиомиелита
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии (БЛД) включает в себя

- РСВ-инфекции
- полиомиелита
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных. На респираторной терапии методом CPAP с дотацией 30% кислорода.
Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ при нагрузке. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации снижение SpO~2~ до 85%, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B (III) третья, Rh - положительный.
Гинекологические заболевания матери: отрицает
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - 2017г. – мед.аборт; 2 беременность - 2018г. - данная, наступила самостоятельно.
Течение беременности: наблюдалась в ЖК г.Москва.

1тр: токсикоз беременных, угроза прерывания в 8 недель;
2тр: артериальная гипертензия, получала терапию допегит. Носитель мутации Лейдена. Получала терапию клексаном. В 18-19 недель - угрожающий поздний с/выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж; в 25 недель –отслойка нормально расположенной плаценты.
Роды 1-е, оперативные преждевременные на сроке 25 недель, путем операции кесарево сечение в связи с отслойкой плаценты. Оценка по Апгар 5/6 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. Далее, учитывая прогрессирование дыхательных нарушений, на 20–й минуте жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни
В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС), в виду нарастания дыхательных нарушений с оценкой по шкале Сильверман 4 балла, начата ИВЛ. В силу сохраняющейся потребности в ИВЛ и доп. O~2~ до 50%, с заместительной целью повторно проведено введение препарата сурфактанта "Куросурф" из расчета 100 мл/кг, перенес процедуру удовлетворительно. Далее продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ).
Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 10 суток жизни, с 11-х суток жизни в течение 14 дней жизни продолжалась традиционная ИВЛ, с 29 суток переведен на неинвазивную респираторную терапию. В возрасте 30 дней осложнение некротический энтероколит (НЭК) 2Б ст. Находился на традиционной ИВЛ до 40 суток жизни. С 41 суток жизни переведен на неинвазивную респираторную терапию. С 65 суток жизни находится на респираторной терапии методом CPAP с FiO~2~ 0,3.

Объективный статус
Возраст: 77-е сутки жизни.
Респираторная терапия: CPAP FiO~2~ 0,30 peep{plus}5,0 см.вд.ст.
ЧСС 172 уд. в минуту, ЧД 64 в минуту, SpO~2~ 93-96%, АД 80/52 (68) мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Сохраняются дыхательные нарушения при нагрузке: 2 балла по шкале Сильвермана. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая, умеренно выраженная мраморность. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики: склонность к артериальной гипертензии. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание проводится из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60

минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- РСВ-инфекции
- полиомиелита
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- РСВ-инфекции
- полиомиелита
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

Результаты инструментальных методов обследования

Одной из дополнительных диагностических процедур является

- РСВ-инфекции
- полиомиелита
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- РСВ-инфекции
- полиомиелита
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

Диагноз

На основании клинических данных у пациента имеет место +_____+ форма бронхолегочной дисплазии (БЛД)

- среднетяжелая
- легкая

- тяжелая
- классическая

Тактика ведения и лечения ребенка заключается в

- снижении дотации кислорода
- системном назначение стероидов
- ингаляции с натрия гидрокарбонатом
- терапии β -адреноблокаторами

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- не показана
- показана системными кортикостероидами - дексаметазоном
- показана ингаляционными кортикостероидами
- показана системными кортикостероидами – гидрокортизоном

На основании данных эхокардиографии ребенку показана терапия

- дигоксином
- силденафилом
- диуретиками
- β -адреноблокаторами

Терапия метилксантинами рекомендуется всем

- новорожденным с БЛД
- новорожденным с РДС
- глубоко недоношенным с РДС
- недоношенным

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии (БЛД) рекомендуется пассивная иммунизация против

- туберкулеза
- коклюша
- гепатита В
- РСВ-инфекции

Одним из показаний для терапии системными стероидами является

- легочная гипертензия
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст
- гиперкапния
- облегчение экстубации

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

- легочная гипертензия
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст
- гиперкапния
- облегчение экстубации

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении патологии новорожденных (ОПНиНД) в течение 8 дней. Получает сеансы оксигенотерапии через лицевую маску 30% кислородом.
Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации снижение SpO~2~ до 85%, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) вторая, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощён
Акушерский анамнез матери: настоящая беременность 1-я, наступила самопроизвольно.
Течение беременности: I триместр: протекал на фоне токсикоза и легкой анемии беременных.
II триместр: повышение АД, получала терапию. Угроза прерывания в 20 недель (проводилось стационарное лечение), анемия, III триместр - в 31 неделю ринит, повышение температуры до 38°С, лечилась народными средствами. Эпизоды подъема АД до 160/100 мм.рт.ст. Проведена профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС).
Роды 1-е, преждевременные оперативные роды на сроке 32 недели, в связи с нарастанием тяжести преэклампсии у матери. Оценка по Апгар 4/6 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких. В первые 2 часа жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, методом INSURE.

Анамнез жизни
В ОРИТ недоношенному ребенку с течением РДС в виду нарастания дыхательных нарушений с оценкой по шкале Сильверман 4 балла, с заместительной целью, повторно проведено введение препарата сурфактанта "Куросурф" из расчета 100 мл/кг, перенес процедуру удовлетворительно. В силу сохраняющейся потребности в доп. О~2~ до 50% начата ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ).
Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 11 суток жизни, с 12-х суток жизни в

течение 19 дней продолжалась неинвазивная респираторная терапия (неинвазивная ИВЛ, CPAP). С 40 суток жизни переведен на респираторную терапию через высокопоточные канюли. На 48 сутки жизни переведен в ОПН и НД на масочной подаче кислорода.

Объективный статус
Возраст: 56-е сутки жизни.
Респираторная терапия: Маска FiO~2~ 0,30 поток 6,0 л/мин
ЧСС 158 уд. в минуту, ЧД 68-72 в минуту, SpO~2~ 90-93%, АД 72/54/60 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Дотация увлажненного O~2~ до 30% через лицевую маску. Сохраняются дыхательные нарушения: 2 балла по шкале Сильвермана при нагрузке, умеренное тахипноэ, без нарастания в динамике. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики: склонность к артериальной гипертензии. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- легочная гипертензия
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст
- гиперкапния
- облегчение экстубации

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- легочная гипертензия
- среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст
- гиперкапния
- облегчение экстубации

Результаты инструментальных методов обследования

Одной из дополнительных диагностических процедур является

- исследование церебральной функции мозга

- эхокардиография
- ультразвуковое исследование почек
- ультразвуковое исследование щитовидной железы

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- исследование церебральной функции мозга
- эхокардиография
- ультразвуковое исследование почек
- ультразвуковое исследование щитовидной железы

Диагноз

На основании клинических данных у пациента имеет место + + форма бронхолегочной дисплазии

- тяжелая
- классическая
- легкая
- среднетяжелая

Тактика ведения и лечения ребенка заключается в

- ингаляции с муколитиками
- системном назначении стероидов
- терапии сердечными гликозидами
- кислородотерапии через маску

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- показана ингаляционными кортикостероидами
- показана системными кортикостероидами – дексаметазоном
- не требуется
- показана системными кортикостероидами – гидрокортизоном

Бронхолитическая терапия показана

- всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями
- всем недоношенным детям с РДС
- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем недоношенным детям с врожденной пневмонией

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

- терапию диуретиками
- проведение высокочастотной искусственной вентиляции легких с рождения

- малоинвазивную методику введения сурфактанта
- назначение антибактериальной терапии с первой недели жизни

В качестве профилактики формирования бронхолегочной дисплазии следует избегать

- гипогликемии
- гиперкалоража
- гиперкапнии
- гипоксемии

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции (РСВ) проводится всем детям с бронхолегочной дисплазией

- до 36 недель постконцептуального возраста
- на первом году жизни
- на втором году жизни
- в возрасте 56 дней

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии рекомендуется вакцинация против

- до 36 недель постконцептуального возраста
- на первом году жизни
- на втором году жизни
- в возрасте 56 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении патологии новорожденных (ОПНиНД) в течение 17 дней. В покое обходится без дополнительного кислорода. Сохраняется дотация кислорода во время кормления и манипуляций через O~2~ маску FiO~2~ 0,25, поток 3,0.
Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ во время кормления. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации снижение SpO~2~ до 85%, восстанавливается самостоятельно при дотации 30% кислорода через O~2~ маску. Эпизодов апноэ нет.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Гинекологические заболевания матери: отрицает
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - м/а по желанию женщины. 2 беременность - данная, наступила самостоятельно.
Течение беременности:
* 1-й триместр: токсикоз беременных.
* 2-й триместр: артериальная гипертензия, получала терапию допегит. 18-19 недель -

угрожающий поздний с/выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж; в 23 недель угрожающие сверхранние преждевременные роды, стационарное лечение.
Роды 2-е, преждевременные оперативные на сроке 28 недель, путем операции кесарева сечения, учитывая преждевременное излитие околоплодных вод. Учитывая дыхательные нарушения 3 балла по шкале Сильвермана и потребность в дотации O~2~ 40%, в 20 мин жизни вводился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" методом LISA (less invasive surfactant administration) в дозе 200 мг/кг с положительным эффектом. В ОРИТН было доставлен на фоне проводимой неинвазивной ИВЛ.

Анамнез жизни
В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС), учитывая нарастание дыхательных нарушений и потребности в доп. O~2~ до 50%, с заместительной целью, проведено повторное введение препарата экзогенного сурфактанта "Куросурф" 100 мл/кг. Перенес процедуру удовлетворительно. Далее продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ). Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 10 суток жизни, с 11-х суток по 20 сутки жизни –традиционная ИВЛ, далее на неинвазивной ИВЛ до 27 суток жизни, на CPAP до 35 суток. На 38 сутки жизни переведен в ОПНиНД на масочной подаче кислорода.

Объективный статус
Возраст: 56-е сутки жизни. Постконцептуальный возраст (ПКВ) 36 недель
В покое без дотации дополнительного кислорода. SpO~2~ 91-93%, АД 70/49/57 мм рт. ст. Состояние ребенка средней тяжести. Сохраняются дыхательные нарушения: 2 балла по шкале Сильвермана при нагрузке, умеренное тахипноэ, без нарастания в динамике. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Сохраняется дотация кислорода во время кормления и манипуляций через маску FiO~2~ 0,25, поток 3,0. Эпизодов апноэ нет. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 30 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

<u>К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят</u>

- до 36 недель постконцептуального возраста
- на первом году жизни
- на втором году жизни

- в возрасте 56 дней

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- до 36 недель постконцептуального возраста
- на первом году жизни
- на втором году жизни
- в возрасте 56 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Одной из дополнительных диагностических процедур является

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- нейросонография
- исследование церебральной функции мозга
- эхокардиография

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- нейросонография
- исследование церебральной функции мозга
- эхокардиография

Диагноз

На основании клинических данных у пациента имеет место +_____+ форма бронхолегочной дисплазии

- среднетяжелая
- тяжелая
- классическая
- легкая

Тактика ведения и лечения данного пациента заключается в

- переводе на искусственную вентиляцию легких
- трансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови
- нейропротективной терапии
- отлучении от кислорода

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- показана системными глюкокортикостероидами - гидрокортизоном
- показана ингаляционными глюкокортикостероидами
- показана системными глюкокортикостероидами - преднизолоном
- не требуется

Бронхолитическая терапия показана

- всем недоношенным детям с артериальной гипертензией
- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем недоношенным детям с РДС
- всем недоношенным детям на ИВЛ

Терапия метилксантинами рекомендуется всем

- доношенным новорожденным на неинвазивной ИВЛ
- недоношенным новорожденным ГВ > 32 недель на неинвазивной ИВЛ
- недоношенным новорожденным ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ, а также на инвазивной ИВЛ перед планирующейся экстубацией
- недоношенным новорожденным на дотации кислорода

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии рекомендуется пассивная иммунизация против

- коклюша
- ротавируса
- гемофильной инфекции
- дифтерии

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции у детей с бронхолегочной дисплазией проводится детям в возрасте от +_____+ до +_____+ лет, которым требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 месяцев

- 2; 3
- 1; 2
- 3; 4
- 4; 5

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

- 2; 3
- 1; 2
- 3; 4
- 4; 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных (ОРИТН) в течение 28 дней. Проводится искусственная вентиляция легких, потребность в дополнительной дотации O~2~ 35-40%.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Гинекологические заболевания матери: аплазия шейки матки (лечение не проводилось).
Акушерский анамнез матери: 1 беременность - данная, наступила самостоятельно.
Течение беременности: 1-й триместр: токсикоз беременных, анемия легкой степени. 2-й триместр: анемия беременных, 18-19 недель - угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш, амбулаторное лечение (магнезия) по м/ж; в 23 недель угрожающие сверхранние преждевременные роды, хирургическая коррекция ИЦН (стационарное лечение в ОПБ).
Роды 1-е, преждевременные на сроке 28 недель оперативным путем кесарева сечения, в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Оценка по Апгар 6/7 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. Далее, учитывая прогрессирование дыхательных нарушений, на 20 – й минуте жизни водился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг неинвазивным методом LISA (less invasive surfactant administration), с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

Анамнез жизни
В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС) была налажена неинвазивная ИВЛ, однако в возрасте 2 часов жизни, учитывая нарастание потребности в дотации O~2~ до 40% и прогрессирование дыхательных нарушения (ДН) до 4-х баллов по шк. Сильверман, повторно вводился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 100 мл/кг. Перенес процедуру удовлетворительно. Была продолжена неинвазивная ИВЛ. В возрасте 10 часов жизни, принимая во внимание выраженные ДН 4 балла по шкале Сильверман, ребенок был интубирован, налажена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ).
Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.
ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 13 суток жизни, с 14-х суток жизни по настоящее время традиционная ИВЛ.

Объективный статус
Возраст: 29-е сутки жизни.
Респираторная терапия: ИВЛ FiO~2~ 0.35 Pip 15 Peep 5 Ti 0.38 MAP 8 Vte 5,6-6,0 Fr 45
ЧСС 148 уд. в минуту, ЧД 55-60 в минуту, SpO~2~ 85-93-95%, АД 63/43 /49 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Респираторная терапия ИВЛ, потребность в дотации кислорода до 40%. Спонтанное дыхание регулярное. Патологической неврологической симптоматики нет.
Кожа чистая, бледно-розовая. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные.

Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно аппаратное дыхание проводится симметрично с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. При санации трахеобронхиального дерева вязкая мокрота. Показатели гемодинамики в пределах нормы. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание продолжено из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- 2; 3
- 1; 2
- 3; 4
- 4; 5

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2; 3
- 1; 2
- 3; 4
- 4; 5

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 2; 3
- 1; 2
- 3; 4
- 4; 5

Диагноз

Тактика ведения и лечения данного пациента заключается в проведении терапии

- глюкокортикоидами
- муколитиками
- антимикотическими препаратами
- противовирусными препаратами

Кортикостероидная терапия данному пациенту

- показана системными глюкокортикоидами - гидрокортизоном
- не показана
- показана системными глюкокортикоидами - дексаметазоном
- показана ингаляционными глюкокортикоидами

Бронхолитическая терапия показана

- детям с бронхообструктивным синдромом
- всем недоношенным детям на искусственной вентиляции
- всем недоношенным детям с дыхательными нарушениями
- всем доношенным детям с синдромом апноэ

Терапия метилксантинами рекомендуется всем

- недоношенным с тяжелой формой БЛД
- недоношенным новорожденным ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ
- новорожденным на ИВЛ
- новорожденным с РДС

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии (БЛД) рекомендуется вакцинация против

- коклюша
- гриппа
- менингококковой инфекции
- туберкулеза

При проведении ИВЛ у ребенка с БЛД допускается некоторая степень

- гипокапнии
- гипоксемии
- перерастяжения легких
- гиперкапнии

Пассивная иммунопрофилактика респираторно-синтициально вирусной инфекции проводится детям с бронхолегочной дисплазией на 2 году жизни в случае, если требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних +___+ месяцев

- 5
- 6
- 3
- 4

Диагноз «бронхолегочная дисплазия» правомочен до достижения ребенком +____+ лет

- 7
- 3
- 2
- 5

Длительная оксигенотерапия рекомендована пациентам с

- 7
- 3
- 2
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделение реанимации новорожденных поступил ребенок из родильного блока на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в возрасте 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое.
Масса тела при рождении 3350 г, длина 51 см, окружность головы 34 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0(I) первая, Rh - положительная.
Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки (лечение в 2010 году - ДЭК), хронический сальпингоофорит (стационарное лечение в 2011 г.)
Акушерский анамнез матери: 1 беременность: медицинский аборт в 3 недели.
2 беременность: неразвивающаяся в 3 недели.
3 беременность: неразвивающаяся в 11 недель.
4 беременность - данная, самопроизвольная.
Течение беременности:
I триместр: наблюдение, гормональная и спазмолитическая терапия, витамины. Пренатальный скрининг: норма.
II триместр: 16 недель хирургическая коррекция ИЦН, антибактериальная терапия амоксиклавом. В 24 недели - рост энтерококка х10*6 в цервикальном канале и стафилококка х 10*4 - терапия аугментином и тержинаном. Пренатальный скрининг: норма.
III триместр: без особенностей, на сроке 37 недель сняты швы.

Анамнез жизни
Родился доношенный мальчик у матери 40 лет от 4 беременности, 1 своевременных самопроизвольных родов. Двойное обвитие пуповины. Ребенок родился в тяжелой асфиксии. Оценка по шкале Апгар 2-4-6 баллов. В родильном блоке - ИВЛ, учитывая отсутствие самостоятельного дыхания. В транспортном инкубаторе на ИВЛ в крайне тяжелом состоянии ребенок доставлен в ОРИТН.

Объективный статус

Возраст - 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ИВЛ (искусственной вентиляции легких). Потребность в дополнительном кислороде – до 25-30%. ЧД=60/мин, ЧСС = 143 уд/мин, SpO~2~= 93%, АД = 63/37 (48) мм.рт.ст. Помещен в открытую реанимационную систему.

Кожа бледная, остаток пуповины в скобе. Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденных вызываются с латентным периодом, нестойкие. Поза полуфлексии, мышечный тонус умеренно снижен. Миоз. Грудная клетка симметричная. Осцилляции проводятся симметрично. Аускультативно в легких проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, печень {plus}1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Моча светлая.

К необходимым лабораторным методам обследования для оценки по критериям группы А относят

- 7
- 3
- 2
- 5

Результаты лабораторного метода обследования

Из критериев группы В у ребенка

- бледность кожного покрова
- артериальная гипотензия
- нарушение зрачкового рефлекса
- зависимость от 100% кислорода при первичной реанимации
- мышечная гипотония и гипорефлексия

К необходимым инструментальным методам обследования для оценки по критериям группы С относят

- бледность кожного покрова
- артериальная гипотензия
- нарушение зрачкового рефлекса
- зависимость от 100% кислорода при первичной реанимации
- мышечная гипотония и гипорефлексия

Результаты инструментального метода обследования

Необходимыми критериями для постановки диагноза «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия» (ГИЭ) являются оценка степени тяжести неврологических синдромов по шкале

- Финнегана
- Сильверман
- Sarnat H, Sarnat M
- Фентона

У данного ребенка по шкале Sarnat - гипоксически-ишемическая энцефалопатия +_____+ степени

- Финнегана
- Сильверман
- Sarnat H, Sarnat M
- Фентона

Диагноз

В рамках стандартного обследования при поступлении в отделение реанимации ребенку проводится

- Финнегана
- Сильверман
- Sarnat H, Sarnat M
- Фентона

Результаты обследования

Проведение лечебной гипотермии данному ребенку не показано в связи

- оценкой по шкале Апгар на 10 минуте 6 баллов
- отсутствием критериев группы А
- отсутствием критериев группы С
- отсутствием критериев группы В

При отсутствии аппаратов для терапевтической гипотермии с целью обеспечения целевого уровня температуры возможно использование

- кондиционера в палате
- пакетов со льдом
- ванны с холодной водой
- емкостей с холодной водой, обернутых в пеленку

Наиболее оптимальное время для начала гипотермии – первые +_____+ после рождения

- 2 часа
- 6 часов
- 10 часов
- 1 сутки

Одним из побочных эффектов гипотермии является

- укорочение интервала QT
- лейкопения
- тахикардия
- снижение продукции сурфактанта

К показаниям к экстренному прерыванию лечебной гипотермии относят

- судорожный статус, некупируемый противосудорожными препаратами
- терминальную стадию острого почечного повреждения
- отсутствие газонаполнения кишечника по данным рентгенографии брюшной полости
- признаки жизнеугрожающей коагулопатии, которые не удается купировать стандартной терапией

К одному из противопоказаний к лечебной гипотермии относится масса тела ребенка при рождении менее +_____+ грамм

- судорожный статус, некупируемый противосудорожными препаратами
- терминальную стадию острого почечного повреждения
- отсутствие газонаполнения кишечника по данным рентгенографии брюшной полости
- признаки жизнеугрожающей коагулопатии, которые не удается купировать стандартной терапией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение реанимации новорожденных поступил ребенок из родильного блока на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в возрасте 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое.

Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см, окружность головы 34 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери 0(I) первая, Rh - положительная.

Гинекологический анамнез: эрозия шейки матки (лечение в 2010 году - ДЭК), хронический сальпингоофорит (стационарное лечение в 2011 г.)

Акушерский анамнез матери: 1 беременность: медицинский аборт в 3 недели.

2 беременность неразвивающаяся в 3 недели.

3 беременность данная, самопроизвольная.
Течение беременности:
I триместр: наблюдение, гормональная и спазмолитическая терапия, витамины. Пренатальный скрининг: норма.
II триместр: 16 недель хирургическая коррекция ИЦН, антибактериальная терапия амоксиклавом. В 24 недели - рост энтерококка х10*6 в цервикальном канале и стафилококка х 10*4 - терапия аугментином и тержинаном. Пренатальный скрининг: норма.
III триместр: без особенностей, на сроке 37 недель сняты швы.

Анамнез жизни
Родился доношенный мальчик у матери 35 лет от 3 беременности, 1 своевременных самопроизвольных родов. Двойное обвитие пуповины. Ребенок родился в тяжелой асфиксии. Оценка по шкале Апгар 2-4-6 баллов. В родильном блоке - ИВЛ, учитывая отсутствие самостоятельного дыхания. В транспортном инкубаторе на ИВЛ в крайне тяжелом состоянии ребенок доставлен в ОРИТН.

Объективный статус
Возраст - 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ИВЛ (искусственной вентиляции легких). Потребность в дополнительном кислороде – до 25-30%. ЧД=60/мин, ЧСС = 147 уд/мин, SpO~2~= 92%, АД = 61/35 (44) мм рт. ст. Помещен в открытую реанимационную систему.
Кожа бледная, остаток пуповины в скобе. Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденных вызываются с латентным периодом, нестойкие. Поза полуфлексии, мышечный тонус умеренно снижен. Миоз. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, печень {plus}1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Моча светлая.

<u>К необходимым лабораторным методам обследования для оценки по критериям группы А относят</u>

- судорожный статус, некупируемый противосудорожными препаратами
- терминальную стадию острого почечного повреждения
- отсутствие газонаполнения кишечника по данным рентгенографии брюшной полости
- признаки жизнеугрожающей коагулопатии, которые не удается купировать стандартной терапией

Результаты лабораторного метода обследования

<u>Из критериев группы В у ребенка</u>

- нарушения микроциркуляции
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- брадикардия на 1 минуте
- артериальная гипотензия
- нарушение зрачкового рефлекса

К необходимым инструментальным методам обследования для оценки по критериям группы С относят

- нарушения микроциркуляции
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- брадикардия на 1 минуте
- артериальная гипотензия
- нарушение зрачкового рефлекса

Результаты инструментального метода обследования

В рамках стандартного обследования при поступлении в отделение реанимации ребенку проводится

- нарушения микроциркуляции
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- брадикардия на 1 минуте
- артериальная гипотензия
- нарушение зрачкового рефлекса

Результаты обследования

Необходимым критерием для постановки диагноза «Гипоксически-ишемическая энцефалопатия» (ГИЭ) и принятием решения о тактике ведения является оценка степени тяжести и неврологических синдромов по шкале

- Sarnat H, Sarnat M
- N-Pass
- Доунс
- Балларда

У данного ребенка по шкале Sarnat - гипоксически-ишемическая энцефалопатия +_____+ степени

- Sarnat H, Sarnat M
- N-Pass
- Доунс
- Балларда

Диагноз

Проведение лечебной гипотермии данному ребенку не показано в связи с

- оценкой по шкале Апгар на 10 минуте 6 баллов
- отсутствием критериев группы В
- подозрением на течение инфекционного процесса
- отсутствием критериев группы С

При отсутствии аппаратов для терапевтической гипотермии с целью обеспечения целевого уровня температуры возможно использование

- гелевых пакетов
- пакетов со льдом
- ванны с холодной водой
- введение холодных растворов внутривенно

Наиболее оптимальное время для начала гипотермии – первые +_____+ после рождения

- 8 часов
- 1 сутки
- 12 часов
- 2 часа

Одним из побочных эффектов гипотермии является

- тромбоцитопения
- гиперкоагуляция
- гипокалиемия
- нейтрофилез

К показаниям для экстренного прерывания лечебной гипотермии относят

- доступные методы респираторной поддержки не позволяют купировать гипоксемию (SpO~2~ менее 90%)
- олигурию, рефрактерную к диуретической терапии
- пневмоторакс, требующий дренирования плевральной полости
- бронхообструктивный синдром, требующий ингаляций бронходилятаторов

К одному из противопоказаний к лечебной гипотермии относят

- доступные методы респираторной поддержки не позволяют купировать гипоксемию (SpO~2~ менее 90%)
- олигурию, рефрактерную к диуретической терапии
- пневмоторакс, требующий дренирования плевральной полости
- бронхообструктивный синдром, требующий ингаляций бронходилятаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение реанимации новорожденных поступил ребенок из родильного блока на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в возрасте 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. Находится на респираторной терапии традиционной ИВЛ в режиме Pressure Assist Control (Pr A/C).

Масса тела при рождении 3290 г, длина 53 см, окружность головы 34 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери AB(IV) четвертая, Rh - положительная.

Гинекологический анамнез не отягощен.

Акушерский анамнез матери: 1 беременность - данная, самопроизвольная.

Течение беременности: I триместр: тошнота. Пренатальный скрининг I триместра: норма.

II триместр: без осложнений. Пренатальный скрининг II триместра: норма.

III триместр: без осложнений.

Анамнез жизни

Родился доношенный мальчик у женщины 25 лет от 1 беременности, 1 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения в экстренном порядке. Выявлена центральная отслойка плаценты. Ребенок извлечен с единичной пульсацией пуповины. Родился в тяжелой асфиксии. Оценка по шкале Апгар 1-1-1-2-5 баллов. Начаты реанимационные мероприятия (интубация трахеи, ИВЛ с FiO~2~ 1,0, непрямой массаж сердца, введение Адреналина эндотрахеально и внутривенно, катетеризация вены пуповины, введение физ.раствора). На 10 минуте стали прослушиваться глухие сердечные тоны, на 15 минуте сердечный ритм был более 10 уд/мин, вдохи по типу гаспинг. Микроциркуляция до 20 минуты была резко нарушена. При рождении атония, арефлексия, мидриаз (зрачки 4 мм S=D), отсутствие реакции зрачков на свет. На 20 мин ЧСС 150 уд/мин, нерегулярное спонтанное дыхание по типу гаспинг, бледная кожа с цианотичным оттенком, акроцианоз, выраженные нарушения микроциркуляции. Учитывая ответ на реанимационные мероприятия, восстановление сердечной деятельности, переведен в ОРИТН на ИВЛ, в транспортном кувезе в крайне тяжелом состоянии. При поступлении в отделение ребенку продолжена ИВЛ.

Объективный статус

Возраст - 40 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ИВЛ в режиме Pr A/C. Потребность в дополнительном кислороде – до 50%. ЧСС = 135уд/мин, SpO~2~= 93%, АД = 63/35(44) мм.рт.ст. Помещен в открытую реанимационную систему.

Кожа бледная с сероватым колоритом, остаток пуповины в скобе. Неврологический статус: реакция на осмотр отсутствует, двигательная активность отсутствует, рефлексы новорожденных ослаблены. Поза атоничная, мышечная гипотония. Зрачки расширены, реакция на свет сомнительная. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, печень {plus}1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Перистальтика кишечника ослаблена. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке, гипоспадия стволовая форма. Не мочился.

К необходимым лабораторным методам обследования для оценки по критериям группы А относят

- доступные методы респираторной поддержки не позволяют купировать гипоксемию (SpO~2~ менее 90%)
- олигурию, рефрактерную к диуретической терапии
- пневмоторакс, требующий дренирования плевральной полости
- бронхообструктивный синдром, требующий ингаляций бронходилятаторов

Результаты лабораторного метода обследования

Из критериев группы В у ребенка

- нарушение зрачкового рефлекса
- тахикардия при поступлении в отделение
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- зависимость от 100% кислорода при первичной реанимации
- сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 20 минуте жизни

К необходимым инструментальным методам обследования для оценки по критериям группы С относят

- нарушение зрачкового рефлекса
- тахикардия при поступлении в отделение
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- зависимость от 100% кислорода при первичной реанимации
- сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 20 минуте жизни

Результаты инструментального метода обследования

У ребенка гипоксически-ишемическая энцефалопатия +_____+ степени

- нарушение зрачкового рефлекса
- тахикардия при поступлении в отделение
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- зависимость от 100% кислорода при первичной реанимации
- сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 20 минуте жизни

Диагноз

В рамках стандартного обследования при поступлении в отделение реанимации ребенку проводится

- нарушение зрачкового рефлекса

- тахикардия при поступлении в отделение
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- зависимость от 100% кислорода при первичной реанимации
- сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 20 минуте жизни

Результаты обследования

Проведение лечебной гипотермии данному ребенку не показано в связи с

- отсутствием критериев группы С
- выявленными при обследовании внутричерепными кровоизлияниями, требующее нейрохирургического вмешательства
- отсутствием критериев группы В
- наличием врожденного порока развития: гипоспадия

Наиболее оптимальное время для начала гипотермии – первые +_____+ часа (-ов) после рождения

- 8
- 2
- 10
- 12

При наличии в родильном зале признаков группы А и В необходимо

- введение противосудорожных средств
- введение кортикостероидов
- начать пассивную гипотермию
- поддержание нормотермии

Лечебная гипотермия проводится строго в течении +_____+ часов

- 36
- 48
- 96
- 72

Согревание с повышением ректальной температуры проводится со скоростью

- более 0,8°С/час
- строго 1°С/час
- не более 0,2°С/час
- не более 0,3-0,5°С/час

К показаниям к экстренному прерыванию лечебной гипотермии относят

- электролитные нарушения, сохраняющиеся после коррекции соответствующими препаратами
- артериальную гипотензию, требующую применения вазопрессорных препаратов
- тяжелые нарушения сердечного ритма, некупирующиеся фармакологическими средствами
- анемию, требующую переливания компонентов крови

Одним из противопоказаний к лечебной гипотермии является

- электролитные нарушения, сохраняющиеся после коррекции соответствующими препаратами
- артериальную гипотензию, требующую применения вазопрессорных препаратов
- тяжелые нарушения сердечного ритма, некупирующиеся фармакологическими средствами
- анемию, требующую переливания компонентов крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В возрасте 2 дней жизни у ребенка, находящегося в отделении физиологии новорожденных, отмечалось повышение температуры тела до 38,7°С, повторные срыгивания, выраженное беспокойство, генерализованные тонико-клонические судороги, длительностью до 1 минуты, купировавшиеся самостоятельно.

Соматический, гинекологический и акушерский анамнез матери
* Соматический анамнез: не отягощён.
* Гинекологический анамнез: не отягощён.
* Акушерский анамнез: данная беременность – 2-я:
* I-й триместр – ОРВИ, угроза прерывания, II-й триместр – ОРВИ, III-й триместр – истмико-цервикальная недостаточность (хирургическая коррекция на 30-й недели гестации, E.coli в вагинальных посевах, курс антибиотикотерапии).

Анамнез жизни ребенка
Доношенный мальчик у женщины 28 лет от 2-х своевременных физиологических родов на сроке 38 недель. Состояние после рождения удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 52 см. Приложен к груди в родзале, далее вскармливание ребенка грудным молоком. На 2 сутки жизни ухудшение состояния за счет появления срыгиваний, повышения температуры тела до 38,7°С, выраженного беспокойства, генерализованных тонико-клонических судорог, длительностью до 1 минуты, купировавшиеся самостоятельно.

Объективный статус
Возраст – 2 сутки жизни.
Состояние ребенка средней степени тяжести. Отсутствуют фенотипические особенности и стигмы дизэмбриогенеза. ОГ 36 см, большой родничок выполнен, 1,5х1,5 см.

Температура тела 38,7°С. Грудная клетка симметричная. Аускультативно: дыхание проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Систолический шум на верхушке. Периферическая пульсация симметричная, сохранена. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Анус сформирован правильно. Стул кашицеобразный. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочеиспускание не нарушено, моча светло-желтая.
Неврологический статус: Сознание сохранено. Судорог при осмотре нет. Выраженное возбуждение, признаки гиперестезии, менингеальные симптомы (симптом Лессажа, ригидность затылочных мышц) отрицательные. Патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено. Мышечный тонус – физиологический симметричный гипертонус сгибательной мускулатуры. Сухожильно-периостальные рефлексы живые, симметричные, рефлексогенные зоны не расширены.
Рефлексы периода новорожденных вызываются, при повторных стимуляциях истощаются. На осмотр реагирует выраженным возбуждением. Сосет соску.

К необходимым инструментальным и лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- электролитные нарушения, сохраняющиеся после коррекции соответствующими препаратами
- артериальную гипотензию, требующую применения вазопрессорных препаратов
- тяжелые нарушения сердечного ритма, некупирующиеся фармакологическими средствами
- анемию, требующую переливания компонентов крови

Результаты обследования

Необходимым дополнительным методом обследования является

- электролитные нарушения, сохраняющиеся после коррекции соответствующими препаратами
- артериальную гипотензию, требующую применения вазопрессорных препаратов
- тяжелые нарушения сердечного ритма, некупирующиеся фармакологическими средствами
- анемию, требующую переливания компонентов крови

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом на основании данных анамнеза и полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных является

- электролитные нарушения, сохраняющиеся после коррекции соответствующими препаратами
- артериальную гипотензию, требующую применения вазопрессорных препаратов
- тяжелые нарушения сердечного ритма, некупирующиеся фармакологическими средствами

- анемию, требующую переливания компонентов крови

Диагноз

Проведение дифференциальной диагностики необходимо с

- доброкачественными несемейными неонатальными судорогами
- внутричерепным кровоизлиянием
- врожденным пороком развития головного мозга
- вирусным гепатитом

К основному методу лечения ребенка относят

- антибактериальную терапию в условиях стационара
- иммуносупрессивную терапию в условиях стационара
- повторные вентрикулярные пункции в условиях стационара
- гемостатическую терапию в амбулаторных условиях

Длительность антибактериальной терапии зависит от

- веса и длины тела ребенка при рождении
- возраста дебюта заболевания у новорожденного ребенка
- возраста ребенка на момент начала терапии
- этиологического фактора заболевания (возбудителя)
- особенностей течения и наличия осложнений

В неонатальном периоде при бактериальном менингите глюкокортикостероидные препараты

- применяют при судорожном синдроме в первые сутки дебюта заболевания
- применяют при отсутствии положительной динамики на фоне антибактериальной терапии
- применяют при наличии побочных эффектов от проводимой антибиотикотерапии
- не применяют

Основным показателем эффективности антибактериальной терапии является

- отсутствие менингеальных симптомов у новорожденного на 3 сутки после начала терапии
- положительная динамика по результатам клинического анализа ликвора
- появление симптома подвешивания у новорожденного ребенка на 3 сутки после начала терапии
- нормальный уровень трансаминаз (АлТ, АсТ) по результатам биохимического анализа крови

К осложнениям бактериального менингита у новорожденных детей относят

- нарушение сердечного ритма
- транзиторное тахипноэ новорожденных
- васкулит
- снижение темпов набора веса в неонатальном периоде

К отдаленным неврологическим осложнениям менингита у новорожденных относят

- структурную эпилепсию
- структурную немалиновую миопатию
- нарушение функции тазовых органов
- нижний вялый парапарез

Профилактика неонатальных менингитов включает в себя

- профилактику материнской инфекции
- популяризацию домашних родов
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы В в первые 48 часов жизни

Возбудителем раннего неонатального бактериального менингита чаще всего является

- профилактику материнской инфекции
- популяризацию домашних родов
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы В в первые 48 часов жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В возрасте 9 дней жизни ребенок из дома был госпитализирован в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, в связи с повышением температуры тела до 37,9°С, появлением двигательного беспокойства, иктеричности кожных покровов, фокальных клонических судорог, с вторичной генерализацией, длительностью до 2 минут.

Соматический, гинекологический и акушерский анамнез матери
Соматический анамнез: не отягощён.
Гинекологический анамнез: не отягощён.
Акушерский анамнез: данная беременность – 1-я:
I-й триместр – угроза прерывания, II-й триместр – ОРВИ, III-й триместр – ОРВИ, угроза преждевременных родов.

Анамнез жизни ребенка
Доношенная девочка у женщины 37 лет от 1-х своевременных оперативных родов на

сроке 39 недель гестации. Состояние после рождения удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Масса тела при рождении 3420 г, длина 53 см. На 4 сутки жизни выписана домой.
Ухудшение состояния на 9 сутки жизни за счет повышения температуры тела до 37,9°С, двигательного беспокойства, иктеричности кожных покровов, фокальных клонических судорог, с вторичной генерализацией, длительностью до 2 минут. Госпитализирована бригадой СМП.

Объективный статус
Возраст –9 суток жизни.
Состояние ребенка средней степени тяжести. ОГ 37 см, большой родничок выполнен, 1,0х1,0 см.
Температура тела 38,2°С. Грудная клетка симметричная. Аускультативно: дыхание проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Систолический шум на верхушке. Периферическая пульсация симметричная, сохранена. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный. Половые органы развиты по женскому типу. Мочеиспускание не нарушено, моча светло-желтая.
Неврологический статус: Сознание сохранено. Судорог при осмотре нет. Признаки гиперестезии, менингеальные симптомы отрицательные. Патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено. Мышечный тонус – выраженный симметричный гипертонус сгибательной мускулатуры. Сухожильно-периостальные рефлексы оживленные, симметричные, рефлексогенные зоны не расширены.
Рефлексы периода новорожденных вызываются, рефлекс Моро спонтанный. На осмотр реагирует выраженным возбуждением, громким криком, с последующим истощением.

К основным инструментальным и лабораторным методам исследования для постановки предварительного диагноза относят

- профилактику материнской инфекции
- популяризацию домашних родов
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы В в первые 48 часов жизни

Результаты обследования

Необходимым дополнительным методом обследования является

- профилактику материнской инфекции
- популяризацию домашних родов
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы В в первые 48 часов жизни

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом на основании данных анамнеза и полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных является

- профилактику материнской инфекции
- популяризацию домашних родов
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы В в первые 48 часов жизни

Диагноз

Проведение дифференциальной диагностики необходимо с

- аномалией Денди-Уокера
- доброкачественными семейными неонатальными судорогами
- внутричерепным кровоизлиянием
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

Основным методом лечения ребенка является

- антибактериальная терапия в условиях стационара
- глюкокортикоидная терапия в условиях стационара
- повторная люмбальная пункция у новорожденного
- повторная вентрикулярная пункция у новорожденного

Длительность антибактериальной терапии зависит от

- гестационного возраста новорожденного ребенка
- этиологии заболевания
- особенностей течения и наличия осложнений
- возраста дебюта заболевания у новорожденного ребенка
- массы и длины тела ребенка при рождении

В неонатальном периоде при бактериальном менингите глюкокортикостероидные препараты

- не применяют
- применяют при развитии осложнений основного заболевания
- применяют при отсутствии положительной динамики на фоне антибактериальной терапии
- применяют при судорожном синдроме в первые сутки дебюта заболевания

Основным показателем эффективности антибактериальной терапии является

- положительная динамика по результатам клинического анализа ликвора

- отсутствие менингеальных симптомов у новорожденного ребенка через 48 часов после начала терапии
- исчезновение рефлекса Бабинского через 24 часа после начала лечения
- появление симптома Хвостека через 24 часа после начала лечения

К осложнениям бактериального менингита у новорожденных детей относят

- судороги
- нарушение сердечного ритма
- ретинопатию недоношенных
- спленогепатомегалию

К отдаленным неврологическим осложнениям менингита у новорожденных относят

- нарушение функции тазовых органов
- спастическую нетравматическую кривошею
- моноплегию верхней или нижней конечности
- нейросенсорную тугоухость

Профилактика неонатальных менингитов включает в себя

- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы в первые 48 часов жизни
- профилактическое назначение терапии глюкокортикоидами всем беременным женщинам на сроке гестации 38 недель
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- профилактику материнской инфекции

Возбудителем позднего неонатального бактериального менингита чаще всего является

- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы в первые 48 часов жизни
- профилактическое назначение терапии глюкокортикоидами всем беременным женщинам на сроке гестации 38 недель
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- профилактику материнской инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать с ребёнком в возрасте 1 месяца обратилась в связи с усилением желтухи, которая приобрела зеленоватый оттенок, стул ахоличный, моча имеет тёмную окраску. Прибавка в весе за 1 месяц составила 80 г.

Соматический, гинекологический и акушерский анамнез матери

Соматической анамнез: не отягощён.

Гинекологический анамнез: не отягощён.
Акушерский анамнез: данная беременность – 1-я беременность.
I-й триместр – угроза прерывания, II-й триместр – угроза прерывания, III-й триместр – проявления гестоза на 35 неделе.

Анамнез жизни ребенка

Доношенная девочка от матери 35 лет от первых своевременных физиологических родов на сроке 40 недель. Состояние после рождения удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Желтуха появилась на 3 сутки жизни, была расценена как «физиологическая». Одновременно наблюдалось появление светлого стула (ахоличного) после отхождения мекония. Вскармливание ребенка грудным молоком. В р/доме проведены вакцинация против гепатита В и туберкулеза; неонатальный скрининг. Ребенок выписан из р/дома на 3 сутки жизни под наблюдение участкового педиатра. В возрасте 2 недель желтуха уменьшилась, однако стул оставался ахоличным.

Объективный статус

Возраст – 1 месяц жизни.
Состояние ребенка удовлетворительное. Отсутствуют фенотипические особенности и стигмы дизэмбриогенеза. Кожный покров иктеричный с зеленоватым оттенком, сыпи нет. Склеры иктеричные с зеленоватым оттенком. Пупочная ранка эпителизирована.
Неврологический статус: реакция на осмотр адекватная, двигательная активность в полном объеме, рефлексы новорожденных вызываются, мышечный тонус достаточный. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная. Аускультативно: дыхание проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Систолический шум на верхушке. Периферическая пульсация симметричная, сохранена. Живот мягкий, печень +3,0 см по передней подмышечной линии; + 3 см по срединно-ключичной линии, селезенка не пальпируется. Анус сформирован правильно. Стул ахоличный, кашицеобразный, патологических примесей нет. Половые органы развиты по женскому типу. Мочеиспускание не нарушено, моча темно-желтая.

<u>К необходимым лабораторным исследованиям для постановки диагноза относят</u>

- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы в первые 48 часов жизни
- профилактическое назначение терапии глюкокортикоидами всем беременным женщинам на сроке гестации 38 недель
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- профилактику материнской инфекции

Результаты лабораторных методов обследования

<u>Необходимым инструментальным методом обследования является</u>

- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы в первые 48 часов жизни

- профилактическое назначение терапии глюкокортикоидами всем беременным женщинам на сроке гестации 38 недель
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- профилактику материнской инфекции

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом на основании данных анамнеза и полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных является

- вакцинацию новорожденных от стрептококка группы в первые 48 часов жизни
- профилактическое назначение терапии глюкокортикоидами всем беременным женщинам на сроке гестации 38 недель
- назначение антибактериальной терапии всем новорожденным в первые 24-48 часов жизни
- профилактику материнской инфекции

Диагноз

Проведение дифференциальной диагностики билиарной атрезии необходимо с

- физиологической желтухой новорожденных
- гемолитической болезнью новорожденных
- синдромом Жильбера
- синдромом Алажилль

Первичным методом лечения ребенка с билиарной атрезией является

- хирургическая коррекция «гепатопортоэнтеростомия по Касаи»
- хирургическая коррекция «операция Ледда»
- назначение антибиотиков широкого спектра
- трансплантация печени

Важным лечебным мероприятием, направленным на поддержание нутритивного статуса ребенка с билиарной атрезией, является

- назначение лечебного питания с повышенным содержанием среднецепочечных триглицеридов
- лечебное питание на основе глубокого гидролиза белка
- дополнительное питание, обеспечивающее повышение суточного калоража
- дополнительное применение водорастворимых витаминов

После проведения гепатопортоэнтеростомии по Касаи основные лечебные мероприятия включают назначение антибактериальной терапии и

- применение витамина К

- растительную желчегонную терапию
- желчегонную терапию урсодезоксихолевой кислотой
- применение пробиотиков

Дополнительным лечебным мероприятием для улучшения оттока желчи и купирования иммунологического воспалительного процесса является

- терапия хофитолом
- гормональная терапия метилпреднизолоном
- терапия нестероидными противоспалительными препаратами
- терапия иммуноглобулином человека антицитомегаловирусным

Наиболее частым осложнением после проведения гепатопортоэнтеростомии по Касаи являются

- развитие сепсиса
- развитие холангита
- несостоятельность кишечного анастомоза
- развитие перитонита

Одним из показателей эффективности портоэнтеростомии по Касаи является

- появление окрашенного стула
- достаточная прибавка в весе
- отсутствие маркеров воспаления
- удовлетворительное заживление послеоперационной раны

Оптимальным возрастом для хирургической коррекции по Касаи являются первые +___+ дней жизни

- 30
- 120
- 90
- 60

При неэффективности операции портоэнтеростомии по Касаи и развитии билиарного цирроза печени, радикальным методом лечения является

- 30
- 120
- 90
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Новорожденная доношенная девочка 7 суток жизни переведена из родильного дома в отделение патологии новорожденных. Ребенка принял дежурный врач-неонатолог. Поводом для перевода является желтуха, которая приобрела за последние сутки зеленовато-серый оттенок, появлением экхимозов в местах инъекций, кровоточивости из пупочной ранки; упорные срыгивания, вялость. Стул периодически ахоличный, разжиженный. Моча приобрела тёмную окраску.

Соматический, гинекологический и акушерский анамнез матери

* Соматической анамнез: хронический пиелонефрит.
* Гинекологический анамнез: не отягощён.
* Акушерский анамнез: данная беременность 3-я.
* 1 беременность в 2012 году, родилась доношенная девочка. Ребенок умер в возрасте 1,5 месяцев. Патологоанатомический диагноз: Гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. Микрокистоз почек.
* 2 беременность в 2013 году, родилась доношенная девочка. Ребенок здоров.
* Настоящая беременность протекала с плацентарной недостаточностью и кольпитом в III-й триместре.

Анамнез жизни ребенка

Доношенная девочка от матери 31 года от третьих своевременных физиологических родов на сроке 39 недель. Состояние после рождения удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3350 г, длина 54 см. Вскармливание с рождения грудным молоком по требованию. Желтуха появилась на 3 сутки жизни, с нарастанием к 4 суткам жизни. Общий билирубин 373 мкмоль/л; прямой-10 мкмоль/л (венозная кровь), в связи с чем, ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. При осмотре печень - не увеличена; селезенка не пальпируется. Начата фототерапия, без существенной динамики. Одновременно наблюдалось появление темного цвета мочи. В р/доме проведены вакцинация против гепатита В в первые 24 часа жизни. Взят неонатальный скрининг на 3 сутки жизни.

Объективный статус

Возраст 7 сутки жизни.
Состояние ребенка средней тяжести. Отмечается патологическая убыль массы тела (25%). Отсутствуют фенотипические особенности и стигмы дизэмбриогенеза. Кожный покров иктеричный с зеленоватым оттенком, сыпи нет, однако отмечаются экхимозы в местах инъекций, кровоточивость из пупочной ранки. Склеры иктеричные с зеленоватым оттенком.
Неврологический статус: ребенок вялый, крик слабый, отмечается умеренная мышечная гипотония, тремор конечностей, рефлексы новорожденных снижены. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная. Аускультативно: дыхание проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Систолический шум на верхушке. Периферическая пульсация симметричная, сохранена. Живот мягкий, печень +3,0 см по передней подмышечной линии; + 3 см по срединно-ключичной линии, граница верхней и средней трети- по срединной линии; селезенка не

пальпируется. Анус сформирован правильно. Стул – непостоянная ахолия, разжиженный, патологических примесей нет. Половые органы развиты по женскому типу. Мочеиспускание не нарушено, моча темно-желтая.

Необходимыми дополнительными лабораторными методами обследования с учетом клинических проявлений являются

- 30
- 120
- 90
- 60

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования является

- 30
- 120
- 90
- 60

Результаты инструментального метода обследования

С учетом полученных лабораторных и инструментальных исследований, данных клинической картины, важным для постановки диагноза является результат проведенного на 3 сутки жизни неонатального скрининга на

- 30
- 120
- 90
- 60

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом на основании данных анамнеза и полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных является

- 30
- 120
- 90
- 60

Диагноз

К специфическим тестам для постановки окончательного диагноза «галактоземия» относят

- 30
- 120
- 90
- 60

Результаты обследования

Проведение дифференциальной диагностики галактоземии необходимо с

- сепсисом
- фруктоземией
- тирозинемией
- билиарной атрезией

Основным патогенетическим методом лечения ребенка с галактоземией является

- диетотерапия с исключением лактозы и галактозы
- трансплантация печени
- диетотерапия, обогащенная среднецепочечными триглицеридами
- диетотерапия на основе частичного гидролиза белка

Основным лабораторным методом контроля эффективности диетотерапии является

- нормализация уровня билирубина
- нормализация гликемии
- определение уровня галактозы в крови
- нормализация ферментов цитолиза (АЛТ и АСТ)

Массовым методом диагностики, позволяющим выявить галактоземию на ранних сроках, является

- проведение ультразвуковой диагностики брюшной полости
- исследование глюкозы в крови
- проведение отоакустической эмиссии
- неонатальный скрининг

Первые признаки классической галактоземии появляются

- после начала кормления новорожденного грудным молоком или молочной смесью
- после отхождения мекония
- после проведения неонатального скрининга
- сразу после рождения

Основным осложнением при галактоземии со стороны органа зрения является развитие

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Основным ранним осложнением при галактоземии со стороны почек является

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный доношенный мальчик 5 суток жизни переведен из родильного дома в отделение патологии новорожденных. Ребенка принял дежурный врач-неонатолог. Поводом для перевода является желтуха, которая усилилась за последние сутки, несмотря на проводимую фототерапию. С 3 суток жизни появились срыгивания, вялое сосание. Стул за последние сутки стал ахоличным, разжиженным, моча темного цвета.

Соматический, гинекологический и акушерский анамнез матери
Соматической анамнез: не отягощен
Гинекологический анамнез: не отягощён.
Акушерский анамнез: данная беременность 2-я.
1 беременность в 2018 году - спонтанный аборт на 6 неделе по неустановленным причинам.
Настоящая беременность протекала без патологии на всем протяжении.

Анамнез жизни ребенка
Доношенный мальчик от матери 28 лет от первых своевременных физиологических родов на сроке 39 недель. Состояние после рождения удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3040 г, длина 50 см. Вскармливание с рождения адаптированной молочной смесью. Желтуха появилась на 2 сутки жизни, общий билирубин составил 225 мкмоль/л, в связи с чем, начата фототерапия. Несмотря на проводимую терапию, отмечалось нарастание общего билирубина к 5 суткам жизни до 355 мкмоль/л (венозная кровь), в связи с чем, ребенок переведен в отделение патологии новорожденных. С 3 суток жизни появились срыгивания, разжиженный стул. С 4 суток жизни наблюдалось появление темного цвета мочи, ахолии стула. В р/доме проведены вакцинация против гепатита В в первые 24 часа жизни. С целью профилактики геморрагической болезни введен витамин К. Взят неонатальный скрининг на 3 сутки жизни.

Объективный статус
Возраст 5 сутки жизни.

Состояние ребенка средней тяжести. Отмечается патологическая убыль массы тела (15%). Отсутствуют фенотипические особенности и стигмы дизэмбриогенеза. Кожный покров иктеричный, высыпаний нет, однако отмечаются кровоточивость из пупочной ранки. Склеры иктеричные. Неврологический статус: ребенок вялый, крик слабый, отмечается умеренная мышечная гипотония, рефлексы новорожденных снижены. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Аускультативно: дыхание проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Систолический шум на верхушке. Периферическая пульсация симметричная, сохранена. Сосание вялое. Отмечаются срыгивания сразу и между приемами пищи, без патологических примесей. Живот мягкий, печень +3,0 см по передней подмышечной линии; + 3 см по срединно-ключичной линии, граница верхней и средней трети- по срединной линии; селезенка не пальпируется. Анус сформирован правильно. Стул – непостоянная ахолия, разжиженный, патологических примесей нет. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочеиспускание не нарушено, моча темно-желтая.

К необходимым лабораторным методам обследования с учетом клинических проявлений относят

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методом обследования относят

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Результаты инструментального метода обследования

С учетом полученных лабораторных и инструментальных исследований, данных клинической картины, важным для постановки диагноза является результат проведенного на 3 сутки жизни неонатального скрининга на

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом на основании данных анамнеза и полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных является

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Диагноз

К специфическим исследованиям для постановки окончательного диагноза «галактоземия» относят

- дакриоцистита
- ретинопатии
- катаракты
- глаукомы

Результаты обследования

Проведение дифференциальной диагностики галактоземии необходимо с

- фруктоземией
- врожденной пневмонией
- тирозинемией
- гипотиреозом

Основным патогенетическим методом лечения ребенка с галактоземией является

- трансплантация печени
- инфузионная терапия
- диетотерапия с исключение лактозы и галактозы
- диетотерапия, обогащенная среднецепочечными триглицеридами

Основным лабораторным методом контроля эффективности диетотерапии является

- нормализация гликемии
- определение уровня галактозы в крови
- нормализация ультразвуковой картины печени
- нормализация уровня билирубина

Массовым методом диагностики, позволяющим выявить галактоземию на ранних сроках, является

- проведение отоакустической эмиссии
- проведение офтальмологического исследования
- неонатальный скрининг

- исследование глюкозы в крови

Первые признаки классической галактоземии появляются

- после перенесенной инфекционной патологии
- после начала кормления новорожденного грудным молоком или молочной смесью
- после проведения вакцинации против туберкулеза
- сразу после рождения

Основным осложнением при галактоземии со стороны органа зрения является развитие

- ретинопатии
- атрофии зрительного нерва
- дакриоцистита
- катаракты

Основным ранним осложнением при галактоземии со стороны почек является

- ретинопатии
- атрофии зрительного нерва
- дакриоцистита
- катаракты

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра г. N из родильного зала в транспортном кювезе на искусственной вентиляции легких поступил доношенный ребенок.

Анамнез
Доношенный мальчик у женщины 33 лет от 2 беременности, протекавшей без особенностей. По пренатальному скринингу в I триместре УЗИ патологии со стороны плода не выявлено, УЗИ плода во II триместре женщина по личным мотивам не провела. От вторых своевременных самопроизвольных родов на 41 неделе беременности. Масса при рождении 3560 г. Длина 54 см. Оценка по Апгар 4/5/7 баллов.

Анамнез заболевания
С рождения признаки дыхательной недостаточности в виде стонущего дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки справа, разлитой цианоз, отсутствие экскурсии грудной клетки слева. При аускультации легких слева дыхание не проводится. Тоны сердца смещены, выслушиваются срединно и справа. Живот запавший, «ладьевидный». Учитывая признаки дыхательной недостаточности, в родильном зале произведена интубация трахеи, начата искусственная вентиляция легких. Установлен желудочный

зонд. Ребенок транспортирован на ИВЛ в условиях транспортного кувеза в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Объективный статус
ЧСС=145 в минуту; АД=59/36/45 мм рт. ст.; SpO~2~=95%; Т=36,5°С
Состояние ребенка тяжелое, период первичной стабилизации.
Реакция на осмотр снижена, реагирует на осмотр открывание глаз, минимальными движениями конечностей.
Кожный покров бледно-розовый, микроциркуляция снижена, отеков нет.
Большой родничок 2,0х2,0 см выполнен, не напряжен.
Проводится искусственная вентиляция легких в режиме Pressure A/C: PIP=24; PEEP=5,0; VR=40; FiO~2~=0,50.
Аускультативно дыхание жесткое, справа проводится над всей поверхностью, слева ослаблено, выслушивается только в верхних отделах. Уровень оксигенации в пределах нормы 95-97%.
Из трахеи санируется светлая, слизистая мокрота в скудном объеме.
Сердечные тоны смещены вправо, приглушены, ритмичные.
Живот запавший, мягкий. По желудочному зонду отделяемого нет.
Стула на момент осмотра нет. Мочеиспускание однократно в родильном зале.

Наиболее доступным и информативным методом обследования для постановки диагноза является

- ретинопатии
- атрофии зрительного нерва
- дакриоцистита
- катаракты

Результаты обследования

Для принятия мер по стабилизации состояния ребенка необходимо провести контроль

- ретинопатии
- атрофии зрительного нерва
- дакриоцистита
- катаракты

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- ретинопатии
- атрофии зрительного нерва
- дакриоцистита
- катаракты

Диагноз

Пациентам с подозрением на врожденную диафрагмальную грыжу противопоказано до постановки диагноза проведение

- высокочастотной искусственной вентиляции легких
- традиционной ИВЛ с дотацией дополнительного кислорода
- искусственной вентиляции легких через лицевую маску и биназальные канюли
- ингаляционного введения лекарственных препаратов

Наиболее грозным и жизнеугрожающим осложнением при врожденной диафрагмальной грыже является

- хилоторакс
- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- нарушение ритма сердца
- гастроэзофагальный рефлюкс

С целью стабилизации состояния ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей медикаментозная терапия должна включать в себя

- заместительную терапию сурфактантом
- терапию апное
- седативные, анальгезирующие лекарственные средства и миорелаксанты
- пробиотики и прокинетики

Для проведения инфузионной терапии и введения препаратов инотропной и вазопрессорной терапии следует установить

- центральный венозный катетер одно- и двупросветный в сосуды нижней полой вены
- два периферических венозных катетера в разные конечности по принципу пре- и постдуктального распределения
- глубокую линию через сосуды верхних конечностей
- центральный венозный катетер подключичным доступом

В предоперационном периоде у новорожденного с врождённой диафрагмальной грыжей нельзя проводить

- полное парентеральное питание через 12 часов после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии
- энтеральное питание
- внутривенную дотацию электролитов
- проведение инотропной и вазопрессорной терапии

Показанием к назначению терапии оксидом азота (NO) в рамках терапии персистирующей легочной гипертензии у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей является

- гиперкарбия (pCO~2~) выше 60 мм рт. ст. по результатам кислотно-основного и газового состава артериальной или капиллярной крови новорожденного
- снижение уровня пульоксиметрии менее 95% при дотации FiO~2~ 1.0
- нарастание систолического давления в правом желудочке по данным ЭхоКГ выше 2/3 от систолического артериального давления новорожденного
- достижение уровня индекса оксигенации > 25

Наиболее частым осложнением в предоперационном периоде является наличие

- пневмоторакса легкого на стороне поражения или «здорового» легкого
- интерстициальной легочной эмфиземы «здорового» легкого
- острой почечной недостаточности
- висцеро-абдоминальной диспропорции

Неблагоприятным прогностическим признаком при врожденной диафрагмальной грыже по данным пренатальной диагностики является

- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие селезенки в плевральной полости
- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наблюдаемая площадь контралатерального легкого <40%

Летальность в группе новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей в ведущих медицинских учреждениях составляет +_____+ %

- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие селезенки в плевральной полости
- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наблюдаемая площадь контралатерального легкого <40%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра г. N из родильного зала в транспортном кувезе на ИВЛ поступил доношенный ребенок.

Анамнез

Доношенная девочка у женщины 23 лет от 1 беременности, протекавшей без особенностей. По пренатальному скринингу в I триместре УЗИ патологии со стороны плода не выявлено, УЗИ плода в I и II триместре без патологии. От первых своевременных

самопроизвольных родов на 38 неделе беременности. Масса при рождении 2870 г. Длина 48 см. Оценка по Апгар 5/7 баллов.

Анамнез заболевания

С рождения признаки дыхательной недостаточности в виде стонущего дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки справа, разлитой цианоз, отсутствие экскурсии грудной клетки слева. При аускультации легких слева дыхание не проводится. Тоны сердца смещены, выслушиваются срединно и справа. Живот запавший, «ладьевидный». Учитывая признаки дыхательной недостаточности, в родильном зале произведена искусственная вентиляция легких маской без эффекта, выполнена интубация трахеи, продолжена искусственная вентиляция легких. Установлен желудочный зонд. Ребенок транспортирован на ИВЛ в условиях транспортного кувеза в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Объективный статус

ЧСС=138 в минуту; АД=59/36/45 мм рт. ст.; SpO~2~=95%; Т=36,5°С
Состояние ребенка тяжелое, период первичной стабилизации.
Реакция на осмотр снижена, реагирует на осмотр открывание глаз, минимальными движениями конечностей.
Кожный покров бледно-розовый, микроциркуляция снижена, отеков нет.
Большой родничок 2,0х2,0 см, выполнен, не напряжен.
Проводится искусственная вентиляция легких в режиме Pressure A/C: PIP=22; PEEP=5,0; VR=40; FiO~2~=0,35.
Аускультативно дыхание жесткое, справа проводится над всей поверхностью, слева ослаблено, выслушивается только в верхних отделах. Уровень оксигенации в пределах нормы 93-94%.
Из трахеи санируется светлая, слизистая мокрота в скудном объеме.
Сердечные тоны смещены вправо, приглушены, ритмичные.
Живот запавший, мягкий. По желудочному зонду отделяемого нет.
Стула на момент осмотра нет. Мочеиспускание однократно в родильном зале.

Наиболее доступным и информативным методом обследования для постановки диагноза является

- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие селезенки в плевральной полости
- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наблюдаемая площадь контралатерального легкого <40%

Результаты обследования

Для принятия мер по стабилизации состояния ребенка одним из методов контроля является определение

- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие селезенки в плевральной полости

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наблюдаемая площадь контралатерального легкого <40%

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие селезенки в плевральной полости
- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наблюдаемая площадь контралатерального легкого <40%

Диагноз

Пациентам с подозрением на врожденную диафрагмальную грыжу противопоказано до постановки диагноза проведение

- традиционной ИВЛ с дотацией дополнительного кислорода
- высокочастотной искусственной вентиляции легких
- ингаляционного введения лекарственных препаратов
- искусственной вентиляции легких через лицевую маску и биназальные канюли

Наиболее грозным и жизнеугрожающим осложнением при врожденной диафрагмальной грыже является

- гастроэзофагальный рефлюкс
- персистирующая легочная гипертензия новорожденных
- нарушение ритма сердца
- хилоторакс

С целью стабилизации состояния ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей медикаментозная терапия должна включать в себя

- пробиотики и прокинетики
- терапию апноэ
- заместительную терапию сурфактантом
- инотропные и вазопрессорные лекарственные препараты

Для проведения инфузионной терапии и введения препаратов инотропной и вазопрессорной терапии следует установить

- два периферических венозных катетера в разные конечности по принципу пре- и постдуктального распределения
- центральный венозный катетер одно- и двупросветный в сосуды нижней полой вены
- центральный венозный катетер подключичным доступом
- глубокую линию через сосуды верхних конечностей

В предоперационном периоде у новорожденного с врождённой диафрагмальной грыжей нельзя проводить

- внутривенную дотацию электролитов
- полное парентеральное питание через 12 часов после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии
- энтеральное питание через 12 часов после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
- проведение инотропной и вазопрессорной терапии

Показанием к назначению терапии оксидом азота (NO) в рамках терапии персистирующей легочной гипертензии у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей является

- достижение уровня индекса оксигенации > 25
- гиперкарбия (pCO~2~) выше 60 мм рт. ст. по результатам кислотно-основного и газового состава артериальной или капиллярной крови новорожденного
- снижение уровня пульоксиметрии менее 95% при дотации FiO~2~ 1.0
- нарастание систолического давления в правом желудочке по данным ЭхоКГ выше 2/3 от систолического артериального давления новорожденного

Наиболее частым осложнением в предоперационном периоде является наличие

- острой почечной недостаточности
- висцеро-абдоминальной диспропорции
- пневмоторакса легкого на стороне поражения или «здорового» легкого
- интерстициальной легочной эмфиземы «здорового» легкого

Неблагоприятным прогностическим признаком при врожденной диафрагмальной грыже по данным пренатальной диагностики является

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости
- наличие селезенки в плевральной полости.

Выживаемость детей с врожденной диафрагмальной грыжей без сопутствующих аномалий в ведущих медицинских учреждениях достигает +_____+ %

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости
- наличие селезенки в плевральной полости.

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вас вызвали в операционный блок перинатального центра на оперативные роды путем операции кесарево сечение. Срок беременности 39 недель. Антенатально был установлен диагноз – врожденная диафрагмальная грыжа у плода

Анамнез

Третьи своевременные роды у женщины 33 лет от 3 беременности, протекавшей:
* в I триместре на фоне угрожающего выкидыша;
* во II триместре диагностирована врожденная диафрагмальная грыжа у плода (показатели – в левую плевральную полость входят петли кишечника, желудок, селезенка, часть левой доли печени);
* в III триместре проводилась антианемическая терапия.

Отмечались признаки многоводия.
Скрининги I и II триместра без особенностей.
Учитывая слабость родовой деятельности принято решение о родоразрешении путем операции кесарево сечение.

Анамнез заболевания

С рождения признаки дыхательной недостаточности в виде стонущего дыхания, втяжения уступчивых мест грудной клетки справа, разлитой цианоз, отсутствие экскурсии грудной клетки слева. При аускультации легких слева дыхание не проводится. Тоны сердца смещены, выслушиваются срединно и справа. Живот запавший, «ладьевидный».
Учитывая данные пренатальной диагностики, в родильном зале сразу после рождения была произведена интубация трахеи, установлен желудочный зонд, начата искусственная вентиляция легких. Ребенок транспортирован на ИВЛ в условиях транспортного кувеза в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

Объективный статус

ЧСС=156 в минуту; АД=39/45/29 мм рт. ст.; SpO~2~=90%; Т=36,5°С
Состояние ребенка тяжелое, период первичной стабилизации.
Реакция на осмотр снижена, реагирует на осмотр открывание глаз, минимальными движениями конечностей.
Кожный покров бледно-розовый, микроциркуляция снижена, отеков нет.
Большой родничок 2,0х2,0 см, выполнен, не напряжен.
Проводится искусственная вентиляция легких в режиме Pressure A/C: PIP=25; PEEP=5,0; VR=54; FiO~2~=1,0.
Аускультативно дыхание жесткое, справа проводится над всей поверхностью, слева ослаблено, выслушивается только в верхних отделах. Уровень оксигенации в пределах нормы 88-90%.
Из трахеи санируется светлая, слизистая мокрота в скудном объеме.
Сердечные тоны смещены вправо, приглушены, ритмичные.
Живот запавший, мягкий. По желудочному зонду отделяемого нет.
Стула на момент осмотра нет. Мочеиспускание однократно в родильном зале.

Наиболее доступным и информативным методом обследования для постановки диагноза является

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости
- наличие селезенки в плевральной полости.

Результаты обследования

Для принятия мер по стабилизации состояния ребенка необходимо провести

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости
- наличие селезенки в плевральной полости.

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости
- наличие селезенки в плевральной полости.

Диагноз

Пациентам с подозрением на врожденную диафрагмальную грыжу противопоказано до постановки диагноза проведение

- ингаляционного введения лекарственных препаратов
- высокочастотной искусственной вентиляции легких
- искусственной вентиляции легких через лицевую маску и биназальные канюли
- традиционной ИВЛ с дотацией дополнительного кислорода

Наиболее грозным и жизнеугрожающим осложнением при врожденной диафрагмальной грыже является

- брадикардия
- хилоторакс
- гастроэзофагальный рефлюкс
- персистирующая легочная гипертензия новорожденных

С целью стабилизации состояния ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей медикаментозная терапия должна включать в себя

- антибактериальные препараты
- заместительную терапию сурфактантом
- пробиотики и прокинетики
- терапию апноэ

Для проведения инфузионной терапии и введения препаратов инотропной и вазопрессорной терапии следует установить

- два периферических венозных катетера в разные конечности по принципу пре- и постдуктального распределения
- центральный венозный катетер одно- и двупросветный в сосуды НПВ
- центральный венозный катетер подключичным доступом
- глубокую линию через сосуды верхних конечностей

В предоперационном периоде у новорожденного с врожденной диафрагмальной грыжей нельзя проводить

- внутривенную дотацию электролитов
- энтеральное питание сразу после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
- полное парентеральное питания через 12 часов после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии
- проведение инотропной и вазопрессорной терапии

Показанием к назначению терапии оксидом азота (NO) в рамках терапии персистирующей легочной гипертензии у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей является

- нарастание систолического давления в правом желудочке по данным ЭхоКГ выше 2/3 от систолического артериального давления новорожденного
- достижение уровня индекса оксигенации > 25
- снижение уровня пульсоксиметрии менее 93% при дотации FiO~2~ 1.0
- гиперкарбия (pCO~2~) выше 60 мм рт. ст. по результатам кислотно-основного и газового состава артериальной или капиллярной крови новорожденного

Наиболее частым осложнением в предоперационном периоде является наличие

- острой печеночной недостаточности
- пневмоторакса легкого на стороне поражения или «здорового» легкого
- интерстициальной легочной эмфиземы «здорового» легкого
- висцеро-абдоминальной диспропорции

Неблагоприятным прогностическим признаком при врожденной диафрагмальной грыже по данным пренатальной диагностики является

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наличие желудка в плевральной полости

- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости

Выживаемость детей с врожденной диафрагмальной грыжей без сопутствующих аномалий достигает +_____+%

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наличие желудка в плевральной полости
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете в перинатальном центре города N. 15 августа 2019 года родилась доношенная девочка у матери 36 лет от 2-х своевременных оперативных родов путем вакуум-экстракции, в связи со слабостью родовой деятельности. Масса тела ребенка при рождении 3980 г, длина 54 см, окружность головы 36 см. Воды мекониальные. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении дыхание регулярное с умеренным втяжением грудины, удовлетворительный мышечный тонус. Оказана базовая помощь новорожденному в родильном зале. В динамике сохраняется умеренное втяжение грудины, ослабление проведения дыхания в легких. Ребенок переведен в палату интенсивной терапии под наблюдение.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B (III) третья, Rh ({plus}) положительный. +
Гинекологический анамнез: не отягощен. +
Вредные привычки: отрицает. +
Акушерский анамнез: 1 беременность в 2015 году (ребенок здоров) +
2-ая беременность- данная. +
I триместр: ранний токсикоз. +
II триместр:без особенностей. В 25 недель по данным УЗ-скрининга плацентарная недостаточность. +
III триместр: артериальная гипертензия, анемия беременных.

Объективный статус
Возраст ребенка – 1 час жизни. +
ЧСС = 163 удара в минуту, ЧД 72 в минуту, SpO~2~= 90-91%, АД = 63/35/48 мм рт. ст. +
Состояние ребенка тяжелое. На респираторной поддержке методом CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях) с FiO~2~ 0,3. Нормотермия. Кожный покров бледный, чистый, акроцианоз. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд. Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность угнетены,

рефлексы новорожденных вызываются слабо, быстро истощаются. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная, при дыхании легкое втяжение грудины. Тахипноэ до 65 в минуту. Аускультативно дыхание несколько ослабленное, проводится во все отделы легких, симметрично, выслушивается умеренное количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Живот мягкий, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Моча светлая. Половые органы развиты по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наличие желудка в плевральной полости
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости

Результаты обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наличие желудка в плевральной полости
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости

Результаты обследования

На основании полученных результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- течение внутриутробного инфекционного процесса
- наличие желудка в плевральной полости
- поздняя постановка диагноза у плода по данным пренатальной диагностики
- наличие печени в плевральной полости

Диагноз

У данного пациента необходимо оценить симптомы дыхательных нарушений по шкале

- Доунс
- Боллард

- Sarnat
- Белл

Степень тяжести синдрома аспирации мекония у данного пациента соответствует +_____+ течению

- тяжелому
- легкому
- среднетяжелому
- фульминантному

Дальнейшей тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- назначение ингаляций с бронходилятаторами
- гемостатическая терапия
- иммунозаместительная терапия
- антибактериальная терапия

Одним из компонентов терапии синдрома аспирации мекония является

- лечебно-охранительный режим
- очистительная клизма
- заместительная терапия инсулином
- терапия положением

В случае тяжелого течения синдрома аспирации мекония может развиться

- кишечная непроходимость
- тромбоз венозного синуса
- желудочно-кишечное кровотечение
- аспирационная пневмония и сепсис

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при синдроме аспирации мекония включает

- монотерапию линезолидом
- комбинацию ампициллин {plus} аминогликозид
- монотерапию цефалоспорином
- комбинацию ванкомицин {plus} эртапенем

При проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у ребенка с синдромом аспирации мекония рекомендуется проведение

- медикаментозной седации
- терапии эритропоэтинами
- ингаляции с кортикостероидами
- терапии диуретиками

К профилактике мекониальной аспирации относится

- своевременный скрининг на вирусные инфекции
- профилактика перенашивания
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности
- внутриутробное переливание крови

Дифференциальную диагностику синдрома аспирации мекония необходимо проводить с

- своевременный скрининг на вирусные инфекции
- профилактика перенашивания
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности
- внутриутробное переливание крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделение реанимации новорожденных поступил ребенок из родильного блока на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в возрасте 30 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. Находится на респираторной терапии традиционной ИВЛ в режиме Pressure Assist Control +
Масса тела при рождении 3981 г, длина 55 см, окружность головы 36 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери 0 (I) первая, Rh положительный. +
Гинекологический анамнез: не отягощен. +
Акушерский анамнез матери: 1 беременность – 2012 г. – своевременные роды, живой мальчик (умер в возрасте 3 суток жизни – ВПС (врожденный порок сердца); 2 беременность 2015 г. – антенатальная гибель плода на сроке 38 недель (истинный узел пуповины); +
3 беременность - данная, самопроизвольная. +
Течение беременности: +
I триместр: тошнота; +
II триместр: угроза прерывания, стационарное лечение; +
III триместр: без осложнений, на 38 неделе ухудшение шевеления плода.

Анамнез жизни
Родился доношенный мальчик у женщины 32 лет от 3 беременности, 3 своевременных оперативных родов путем кесарева сечения в экстренном порядке. Выявлена центральная отслойка плаценты. +
Ребенок извлечен с единичной пульсацией пуповины. Родился в тяжелой асфиксии. Оценка по шкале Апгар 1-3-4 баллов. Начаты реанимационные мероприятия (интубация трахеи, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) с FiO~2~ 1,0, непрямой массаж сердца,

введение Адреналина эндотрахеально и внутривенно после катетеризации вены пуповины, введение физиологического раствора). Выключен источник лучистого тепла. На 4 минуте стали прослушиваться глухие сердечные тоны, на 5 минуте сердечный ритм был более 100 ударов в минуту, вдохи по типу гаспинг. Микроциркуляция до 10 минуты была резко нарушена. При рождении атония, арефлексия, мидриаз (зрачки 4 мм S=D), отсутствие реакции зрачков на свет. На 10 минуте ЧСС 150 ударов в минуту, нерегулярное спонтанное дыхание по типу гаспинг, бледная кожа с акроцианозом, гипотония. Учитывая ответ на реанимационные мероприятия, восстановление сердечной деятельности, переведен в ОРИТН (отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных) на ИВЛ, в транспортном кувезе в крайне тяжелом состоянии. При поступлении в отделение ребенку продолжена ИВЛ.

Объективный статус
Возраст - 40 минут жизни. Состояние ребенка тяжелое. На ИВЛ в режиме Pr A/C. Потребность в дополнительном кислороде – до 45%. ЧСС = 135уд/мин, SpO~2~= 93%, АД = 66/37 (45) мм рт. ст. Помещен в открытую реанимационную систему. +
Кожа бледно-розовая с акроцианозом, остаток пуповины в скобе. Неврологический статус: реакция на осмотр отсутствует, двигательная активность отсутствует, рефлексы новорожденных ослаблены. Поза атоничная, мышечная гипотония. Зрачки расширены, реакция на свет сомнительная. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, печень {plus}1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника ослаблена. Анус сформирован. Стул-меконий. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Не мочился.

К необходимым лабораторным методам обследования для оценки по критериям группы А относят

- своевременный скрининг на вирусные инфекции
- профилактика перенашивания
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности
- внутриутробное переливание крови

Результаты обследования

Из критериев группы В у ребенка отмечается

- лактатемия
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- потребность в искусственной вентиляции легких
- нарушение микроциркуляции

К необходимым инструментальным методам обследования для оценки по критериям группы С относят

- лактатемия
- мышечная гипотония и гипорефлексия
- потребность в искусственной вентиляции легких
- нарушение микроциркуляции

Результаты обследования

<u>У ребенка гипоксически-ишемическая энцефалопатия +____+ степени</u>

- II
- III
- I
- IV

<u>На основании данных обследования и выставленного диагноза, ребенку показан(-а, -о)</u>

- проведение заместительной сурфактантной терапии
- проведение лечебной гипотермии
- инсуффляция оксидом азота
- перевод на высокочастотную вентиляцию

<u>К неблагоприятным реакциям при проведении гипотермии относят</u>

- парез кишечника
- тромбоцитопению
- одышку
- артериальную гипертензию

<u>Наиболее оптимальным временем для начала гипотермии после рождения являются первые +_____+ (в часах)</u>

- 18
- 2
- 6
- 12

<u>Целевыми значениями сатурации при проведении гипотермии являются +_____+ (в %)</u>

- 80-85
- 88-89
- 98-99
- 90-95

<u>Лечебная гипотермия проводится строго в течение +_____+ (в часах)</u>

- 84

- 72
- 36
- 24

До проведения лечебной гипотермии рекомендуется проведение контроля

- коагулограммы
- общего анализа мочи
- микробиологического исследования крови
- глазного дна

К показаниям к экстренному прерыванию лечебной гипотермии относят

- наличие ретинальных кровоизлияний
- выявление при обследовании внутричерепного кровоизлияния
- гипергликемию
- олигурию с макрогематурией

После окончания терапевтической гипотермии показано проведение

- наличие ретинальных кровоизлияний
- выявление при обследовании внутричерепного кровоизлияния
- гипергликемию
- олигурию с макрогематурией

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик с дыхательными нарушениями поступил из родильного зала на неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
* Гинекологические заболевания мать отрицает.
* Акушерский анамнез матери: 1 беременность – своевременные роды на 39 неделе (девочка, здорова); 2-ая - данная, наступила самостоятельно.
* Течение беременности: наблюдалась в ЖК.
** 1 триместр: ранний токсикоз;
** 2 триместр: угроза преждевременных родов на 24 неделе – стационарное лечение;
** 3 триместр: в 28 недель угрожающие преждевременные роды, стационарное лечение. Проведена профилактика респираторного дистресс-синдрома плода. Преждевременное излитие околоплодных вод.

Анамнез жизни
Недоношенный мальчик у женщины 33 лет от 2 беременности, 2 преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения (преждевременное излитие околоплодных

вод на 29 неделе). В родзале отсроченное пережатие пуповины. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела при рождении 980 г. Проводилась респираторная терапия CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях), потребности в дополнительной дотации кислорода до 30%. В тяжелом состоянии в транспортном инкубаторе на неинвазивной вентиляции доставлен в отделение реанимации новорожденных.

Объективный статус

Возраст – 2,5 часа жизни. Состояние ребенка тяжелое. Потребность в дополнительном кислороде 50%. ЧСС 160 ударов в минуту, SpO~2~ - 91%, АД 62/36 (40) мм рт. ст. Переведен на традиционную ИВЛ. В микроклимате кувеза.

Кожа розовая, чистая, остаток пуповины в скобе, периумбиликальная область без изменений.

Неврологический статус: медикаментозно седатирован. Мышечный тонус удовлетворительный. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. Вибрация достаточная.

Аппаратное дыхание проводится равномерно во все отделы легких, дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Патологический шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, умеренно ослаблена. Живот мягкий, доступен пальпации, печень +1,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника снижена. Анус сформирован. Стула не было. Не мочился.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- наличие ретинальных кровоизлияний
- выявление при обследовании внутричерепного кровоизлияния
- гипергликемию
- олигурию с макрогематурией

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- наличие ретинальных кровоизлияний
- выявление при обследовании внутричерепного кровоизлияния
- гипергликемию
- олигурию с макрогематурией

Результаты обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- наличие ретинальных кровоизлияний

- выявление при обследовании внутричерепного кровоизлияния
- гипергликемию
- олигурию с макрогематурией

Диагноз

Оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Белл
- Дубовица
- Sarnat
- Сильверман

Показанием для перевода на традиционную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) у данного пациента является

- тахикардия
- потребность в высоких концентрациях кислорода на CPAP/неинвазивной ИВЛ (FiO~2~>0,4)
- вздутие живота
- оценка по шкале Сильвермана 2 и менее баллов

Данному пациенту показана

- терапия антикоагулянтами
- фототерапия
- терапия сурфактантом
- терапия внутривенным иммуноглобулином

Временем стартового проведения сурфактантной терапии данному пациенту считают +_____ + жизни

- после 12 часов
- первые 3-6 часов
- первые 30 минут
- первые 2 часа

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана эртапенемом
- показана линезолидом
- показана ампициллином и гентамицином
- не показана

При оптимальном объеме легких купол диафрагмы на рентгенограмме расположен

- справа на 8, слева на 10 ребре

- на 10 ребре
- на 8-9 ребре
- не ниже 7 ребра

Дифференциальная диагностика респираторного синдрома проводится с

- бронхолегочной дисплазией
- персистирующей легочной гипертензией
- инфекцией специфичной для перинатального периода
- кистозно-аденоматозной мальформацией легкого

Схема пренатальной профилактики респираторной терапии включает в себя
+_____+ мг внутримышечно через +____+ часа(-ов), всего +____+ дозы на курс

- дексаметазон – 8; 12; 4
- дексаметазон – 12; 12; 4
- бетаметазон – 6; 24; 2
- бетаметазон – 12; 24; 2

К показаниям для перевода на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких (ВЧОВ) относят

- дексаметазон – 8; 12; 4
- дексаметазон – 12; 12; 4
- бетаметазон – 6; 24; 2
- бетаметазон – 12; 24; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы работаете неонатологом в перинатальном центре в отделении интенсивной терапии новорожденных, наблюдаете недоношенного ребенка.

Анамнез заболевания
Недоношенная девочка у матери 26 лет от 2 преждевременных оперативных родов на сроке 33 недели беременности путем экстренного кесарева сечения, в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Женщина поступила по скорой помощи. Предполагаемый безводный промежуток со слов женщины 19 часов. Пуповина без особенностей. С рождения дыхательные нарушения. В родильном зале ребенку проводились реанимационные мероприятия: CPAP маской (Constant Positive Airway Pressure), санация верхних дыхательных путей. В транспортном инкубаторе ребенок был доставлен в отделение. При поступлении была налажена респираторная терапия неинвазивная искусственная вентиляция легких. +
Масса тела ребенка при рождении 2060 г, длина 44 см.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери АВ (IV) третья, Rh ({plus}) положительный. +
Гинекологический анамнез: не отягощен. +
Акушерский анамнез: 1-я беременность – здоровый доношенный мальчик; 2 - данная, наступила самопроизвольно, протекала: +
I-й триместр – токсикоз легкой степени, анемия беременных; +
II-й триместр – анемия, обострение хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия цефалоспорином; +
III-й триместр – анемия беременных, ОРВИ с подъемом температуры до 38°С (получала симптоматическую терапию).

Объективный статус
Возраст ребенка – 8 часов жизни. +
ЧСС = 168 ударов в минуту, ЧД 74 в минуту, SpO~2 ~= 90-92%, АД = 54/29/36 мм рт. ст. +
Состояние ребенка тяжелое за счет дыхательных нарушений. Переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме принудительной вентиляции с параметрами FiO~2~ – 30%, PIP - 22, peep - +5, Fr – 40, в связи с нарастанием дыхательных нарушений и зависимости от кислорода. Нормотермия. +
Кожный покров бледно-розовый с сероватым колоритом, чистый, умеренно выраженная мраморность. Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна до 3 секунд.
Неврологический статус: медикаментозная седация. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет. Грудная клетка симметричная. С аппаратом ИВЛ синхронен. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, осцилляции выслушиваются равномерно. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень {plus}2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стул меконий, без патологических примесей. Не мочилась. Половые органы развиты по женскому типу.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- дексаметазон – 8; 12; 4
- дексаметазон – 12; 12; 4
- бетаметазон – 6; 24; 2
- бетаметазон – 12; 24; 2

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- дексаметазон – 8; 12; 4
- дексаметазон – 12; 12; 4
- бетаметазон – 6; 24; 2
- бетаметазон – 12; 24; 2

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- дексаметазон – 8; 12; 4
- дексаметазон – 12; 12; 4
- бетаметазон – 6; 24; 2
- бетаметазон – 12; 24; 2

Диагноз

Фактором риска развития врожденной пневмонии со стороны матери у данного пациента является

- переношенная беременность
- ранний токсикоз
- анемия во время беременности
- дородовое излитие околоплодных вод (безводный промежуток БП ≥ 18 часов)

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Фентон
- Боллард
- Сильверман
- Даунс

Основным критерием диагностики врожденной пневмонии является

- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких (в первые 3 суток жизни)
- втяжение уступчивых мест грудной клетки
- положительный С-реактивный белок
- повышение температуры тела

Тактикой ведения и лечения данного ребенка является

- назначение антибактериальной терапии
- проведение кардиоверсии
- проведение плевральной пункции
- трансфузия эритроцитсодержащего компонента

Схема стартовой эмпирической антибактериальной терапии при врожденной пневмонии составляет

- монотерапию линезолидом
- комбинацию ампициллин + гентамицин
- монотерапию ампициллином
- комбинацию ванкомицин+цефоперазон+сульбактам

В данной клинической ситуации введение экзогенного сурфактанта

- показано в первый час жизни
- показано в родильном зале
- не показано
- показано при переводе на высокочастотную осциллятор ную вентиляцию

Антибактериальная терапия отменяется

- при нормализации маркеров воспаления и клинического анализа крови
- после отмены респираторной терапии
- через 7 дней курса этиотропной терапии
- после полного рентгенологического разрешения очага пневмонии

Патогенез врожденной пневмонии заключается

- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксией при рождении
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Дифференциальную диагностику врожденной пневмонии проводят с

- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксией при рождении
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать доношенного новорожденного ребенка 8 дней обратилась к врачу-неонатологу с жалобами на появление у него сыпи на волосистой части головы в виде пузырьков с желтоватым содержимым.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Мать ребенка

* хронические заболевания отрицает
* урогенитальные инфекции отрицает
* не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имела
* аллергических реакций не было

За два дня до родов у беременной появились зуд и боль в области половых органов. Поступила в родильный дом во втором периоде родов через 8 часов после того, как у нее дома отошли светлые околоплодные воды. Роды произошли через естественные родовые пути.

Объективный статус

Состояние ребенка средней степени тяжести. Возраст ребенка 8 сутки жизни, масса тела при рождении 3500 граммов, рост 52 см. Температура тела 36,7С. На коже волосистой части головы в височной области справа везикулярные высыпания с желтоватым содержимым, расположенные на гиперемированном основании. Сознание не нарушено. Судорог нет. Мышечный тонус и рефлексы в пределах возрастной нормы. Большой родничок 1,5х1,5 см, не выбухает, не напряжен, не пульсирует. Сосет активно, не срыгивает. Вскармливание грудное. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание пуэрильное. ЧДД 40 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 130 в 1 мин, АД 72/48/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят исследование

- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксией при рождении
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Результаты обследования

К необходимым для диагностики заболевания лабораторным методам исследования относят исследование

- в повышенной продукции эндогенного сурфактанта
- во внутриутробном или интранатальном инфицировании плода микроорганизмами
- в хронической гипоксии плода и асфиксией при рождении
- в повышенной воздушности легочной ткани после рождения

Результаты обследования

Необходимым для диагностики заболевания инструментальным методом исследования является

- электрокардиография
- нейросонография
- рентгенологическое исследование костей черепа
- ультразвуковое исследование внутренних органов

Выявленная у ребенка сыпь является признаком

- стафилококкового поражения кожи
- пустулезного меланоза
- врожденной герпетической инфекции
- буллезного эпидермолиза

Врожденную герпетическую инфекцию у данного пациента следует рассматривать как

- диссеминированный неонатальный герпес
- изолированный менингоэнцефалит
- резидуальные явления
- локализованную форму

Инфицирование вирусом простого герпеса у данного пациента произошло в +_____+ периоде

- постнатальном
- неизвестном; времени
- антенатальном
- интранатальном

При отсутствии этиотропной терапии у данного пациента генерализация инфекции развивается в +_____+ % случаев

- 90-100
- 30-40
- 50-70
- 10-20

Этиотропную терапию необходимо начинать

- после получения результатов исследования методом ПЦР
- после получения результатов нейросонографии
- при подозрении на герпетическую инфекцию у новорожденного
- после получения результатов лабораторных методов исследования

В качестве препарата выбора системной этиотропной терапии при данном заболевании рекомендуется назначение

- фоскарнета натрия
- ацикловира
- ганцикловира
- видарабина

Суточная доза ацикловира доношенным новорожденным составляет +____+ мг/кг/сутки

- 45
- 30
- 90
- 60

Введение ацикловира внутривенно доношенным новорожденным осуществляется +_____+ часа(-ов)

- через каждые 8
- через каждые 6
- через каждые 12
- один раз в 24

Длительность лечения ацикловиром данного пациента составляет +____+ (в днях)

- через каждые 8
- через каждые 6
- через каждые 12
- один раз в 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенный мальчик у женщины 37 лет от 3 беременности, протекавшей без осложнений, от 2 преждевременных оперативных родов на сроке гестации 31 неделя путем операции кесарево сечение в связи с началом родовой деятельности. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела при рождении 1230 гр. В родильном зале проводилось отсроченное пережатие пуповины, CPAP маской. На 15 минуте жизни, в связи с дыхательными нарушениями до 3 баллов по шкале Сильверман, потребностью в дополнительной дотации O~2~ до 50%, введен Куросурф методом INSURE. На ИВЛ доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), при поступлении налажена респираторная терапия неинвазивная респираторная терапия методом Biphasic, без потребности в дотации кислорода. Неинвазивная ИВЛ проводилась с рождения до 5 суток жизни, затем ребенок переведен на респираторную терапию методом CPAP и далее на 10 сутки – на дыхание через высокопоточные канюли, без потребности в дополнительном кислороде. На 13-е сутки жизни отмечается ухудшение состояния в виде нарастания дыхательных нарушений, лабильности сатурации,

возобновлена респираторная терапия методом CPAP.
На 13 сутки жизни также отмечается появление выраженного вздутия живота, беспокойство при пальпации, умеренное ослабление перистальтики при аускультации. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено расширение просвета толстого кишечника до 11-15 мм, большое скопление газов, свободной жидкости, газа в брюшной полости нет. +
В посеве из ануса – рост _Candida albicans_ 10^5^

Гинекологический и акушерский анамнез матери
3 беременность, 2 роды. Течение беременности без осложнений.

Объективный статус
13-е сутки жизни. Масса тела 1200 гр. ЧСС 140 в минуту, АД 66/34 (45) мм рт. ст., SpO~2~=94%.
Состояние ребенка тяжёлое, стабильное. Наблюдается в микроклимате кувеза, термостабилен. На респираторной терапии CPAP. На этом фоне оксигенируется устойчиво, эпизодов лабильности сатурации и апноэ не отмечено. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильверман. Большой родничок 1,5х1,5 см, малый родничок 0,3х0,3 см. Грудная клетка симметричная, не вздута. Аускультативно шум потока симметрично проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Пульс на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. В неврологическом статусе преобладает синдром угнетения. На осмотр реагирует повышением двигательной активности, глаза открывает, плачет. Мышечная гипотония. Патологической неврологической симптоматики не отмечалось. Кожа бледно-розовая, мраморность сохраняется, чистая. Микроциркуляция удовлетворительная. Видимые слизистые розовые, чистые. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Живот вздут, при пальпации отмечается выраженное беспокойство, мягкий, перистальтика кишечника умеренно ослаблена, отчетливая. Печень {plus}1,5 см, селезёнка не пальпируется. По желудочному зонду патологического отделяемого нет. Энтеральное питание грудным молоком в сниженном объеме до 90 мл/кг/сутки через зонд капельно за 90 минут усваивает. Стула на момент осмотра не было. Диурез 4 мл/кг/час.

Данному ребенку показано обязательное лабораторное обследование, которое включает

- через каждые 8
- через каждые 6
- через каждые 12
- один раз в 24

Результаты обследования

Для определения тактики ведения показано немедленное исследование

- через каждые 8
- через каждые 6
- через каждые 12
- один раз в 24

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- через каждые 8
- через каждые 6
- через каждые 12
- один раз в 24

Результаты обследования

На основании клинической картины, данных анамнеза и результатов посевов нельзя исключить развитие

- геморрагической болезни новорожденных
- респираторного дистресс-синдрома
- транзиторного тахипноэ новорожденных
- инвазивного кандидоза

При подозрении на развитие инвазивного кандидоза необходимо осуществить

- геморрагической болезни новорожденных
- респираторного дистресс-синдрома
- транзиторного тахипноэ новорожденных
- инвазивного кандидоза

Результаты обследования

При диагностике инвазивного кандидоза методом с высоким риском ложно-отрицательных результатов является

- прямая микроскопия нативного биоматериала и определение маннана
- посев биологического материала на селективные среды
- прямая идентификация грибов из положительной гемокультуры методом MALDI-TOF-MS-анализа
- полимеразная цепная реакция

В возрасте 14 суток жизни у ребенка отмечается нарастание дыхательных нарушений, потребовавших перевода на неинвазивную ИВЛ, появление брадикардии до 105-110/мин, снижение артериального давления. В первую очередь следует подозревать

- наличие врожденного порока сердца
- развитие гиповолемического шока
- наличие трахео-пищеводного свища
- развитие дистрибутивного шока

Тактика ведения при появлении указанной симптоматики (брадикардия 110/мин, артериальная гипотония) в первую очередь заключается в

- оценке адекватности респираторной терапии, обеспечении сосудистого доступа и проведении волюмэкспандерной терапии
- обеспечении сосудистого доступа, назначении инфузионной терапии из расчета 80 мл/кг/сутки, проведении ЭХО-КГ
- переводе ребенка на ИВЛ, обеспечении сосудистого доступа, назначении инфузионной терапии из расчета 60 мл/кг/сут
- обеспечении сосудистого доступа, назначении инфузионной терапии из расчета 60 мл/кг/сутки, введении глюкокортикоидов

План ведения ребенка на данном этапе включает назначение флуконазола в дозе +____+ мг/кг в сутки

- 6; ежедневно
- 6; каждые 72 часа
- 5; ежедневно
- 12; ежедневно

На фоне проводимой терапии в течении 3 суток отмечается рост _Candida albicans_ в крови, что в совокупности с клинической картиной и имеющимися результатами обследования позволяет выставить диагноз

- 6; ежедневно
- 6; каждые 72 часа
- 5; ежедневно
- 12; ежедневно

Диагноз

Тактика ведения на данном этапе заключается в назначении

- аминокапроновой кислоты _per os_ 1 мл
- микафунгина в дозе 4 мг/кг/сутки
- флуконазола 12 мг/кг в сутки ежедневно
- амфотерицина В 1 мг/кг в сутки

Критерием гипогликемии новорожденных является уровень глюкозы крови менее +___+ ммоль/л

- аминокапроновой кислоты _per os_ 1 мл

- микафунгина в дозе 4 мг/кг/сутки
- флуконазола 12 мг/кг в сутки ежедневно
- амфотерицина В 1 мг/кг в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик, от I преждевременных родов на 33 неделе гестации путём операции кесарево сечение в экстренном порядке, в связи с ухудшением состояния плода (нулевые кровотоки по данным выполненной кардиотокографии). Мальчик извлечен в асфиксии средней степени тяжести с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: продлённый вдох, NCPAP через маску, затем через назофарингеальную трубку. В транспортном инкубаторе на неинвазивной ИВЛ ребёнок переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Женщине 36 лет, гинекологический анамнез отягощен (вторичное бесплодие, 2013 г. – трубная беременность, тубэктомия, 2016 г. гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание – полипэктомия, 2 неудачных попытки ЭКО и ПЭ). Это вторая беременность, наступившая в результате 3-ей попытки ЭКО и ПЭ, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении. В первом триместре – ретрохориальная гематома. Во втором триместре – стационарное лечение. В третьем триместре – нарушение маточно-плацентарного кровотока, стационарное лечение, профилактика респираторного дистресс- синдрома.

Объективный статус
2 часа жизни +
Общее состояние: Масса тела: 1488 граммов. Длина: 43 см. +
ЧД - 62 в минуту, ЧСС - 136 в минуту, SpO~2~ 94 %, +
Biphasic FiO~2~-0,3 PIP-9,6 peep-5,0, Fr - 30, Tin 1,0, АД 51/34/41 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое за счёт дыхательных нарушений до 2-х баллов по шкале Silverman. Ребёнок доставлен в ОРИТН на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе. При поступлении налажена респираторная терапия - неинвазивная ИВЛ (Biphasic). Мальчик помещен в микроклимат кувеза, согрет.
Кожные покровы, подкожно-жировая клетчатка, слизистые: Кожные покровы ярко-розовые, чистые, симптом "бледного пятна"- 3 секунды. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит скудно. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. +
Костно-суставная система: Телосложение правильное. Голова: округлая, швы сомкнуты, кости черепа податливые. Большой родничок 1,5х1,5 см, не напряжен, не выбухает. Малый родничок 0,4х0,4 см. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. +
Неврологический статус: Плач слабый, быстро истощается. На осмотр реакция вялая,

двигательная активность снижена. Глаза приоткрывает. Мышечный тонус равномерно снижен. Рефлексы новорожденных вызываются с задержкой, нестойкие. +
Дыхание: Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Silverman в виде втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании, непостоянного тахипноэ до 66 в минуту. Аускультативно дыхание ослаблено по всем легочным полям, хрипы рассеянные крепитирующие над всей поверхностью лёгких. +
Сердце: Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритм правильный. АД в пределах нормативных значений. Пульс на крупных сосудах удовлетворительных качеств. +
Система пищеварения: Живот обычной формы, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, ослаблена. Печень {plus} 1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул - меконий в небольшом количестве. +
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички в мошонке.
Функционирует пупочный венозный катетер.

Обязательный план обследования ребенка на данном этапе включает в себя

- аминокапроновой кислоты _per os_ 1 мл
- микафунгина в дозе 4 мг/кг/сутки
- флуконазола 12 мг/кг в сутки ежедневно
- амфотерицина В 1 мг/кг в сутки

Результаты обследования

Обязательный план обследования на данном этапе также включает

- аминокапроновой кислоты _per os_ 1 мл
- микафунгина в дозе 4 мг/кг/сутки
- флуконазола 12 мг/кг в сутки ежедневно
- амфотерицина В 1 мг/кг в сутки

Результаты обследования

В возрасте вторых суток жизни состояние ребенка с отрицательной динамикой. Отмечается нарастание синдрома угнетения центральной нервной системы, эпизоды апноэ и поверхностного дыхания, снижение гематокрита и показателей насыщения крови кислородом. Указанная симптоматика, наиболее вероятно, ассоциирована с развитием

- некротизирующего энтероколита 2А
- внутрижелудочкового кровоизлияния
- гидроперикарда
- некротизирующего энтероколита 2Б

По данным нейросонографии выявлено внутрижелудочковое кровоизлияние 3 степени справа, по данным исследования гемостазиограммы отмечается гипофибриногенемия, в связи с чем ребенку показана адекватная инфузионная терапия

- с применением гепарина в дозе 200 МЕ/кг/сутки
- с применением гепарина в дозе 100 МЕ/кг/сутки
- и проведение трансфузии свежезамороженной плазмы
- с применением гепарина в дозе 300 МЕ/кг/сутки

На основании клинических данных и результатов лабораторного и инструментального обследования предварительным диагнозом ребенка на данном этапе является

- Респираторный дистресс-синдром. Врожденная пневмония? ДВС- синдром (ВЖК 3 степени справа). Недоношенность 33 недели. Маловесный к сроку гестации
- Транзиторное тахипноэ. Врожденное ВЖК 3 степени справа
- Транзиторное тахипноэ. Синдром мекониальной аспирации? Недоношенность 33 недели
- Аспирация околоплодных вод. Врожденный порок сердца? Недоношенность 33 недели

На данном этапе проведение антибактериальной терапии ребенку

- не показано в виду отсутствия повышения маркеров воспаления
- показано комбинацией полусинтетического пенициллина и аминогликозида
- показано карбапенемами
- показано цефалоспоринами 3 поколения

С целью уточнения диагноза и определения тактики введения ребенка, план дальнейшего обследования ребенка обязательно включает в себя

- не показано в виду отсутствия повышения маркеров воспаления
- показано комбинацией полусинтетического пенициллина и аминогликозида
- показано карбапенемами
- показано цефалоспоринами 3 поколения

Результаты обследования

С целью уточнения диагноза и определения тактики введения ребенка план обследования на данном этапе обязательно включает определение

- не показано в виду отсутствия повышения маркеров воспаления
- показано комбинацией полусинтетического пенициллина и аминогликозида
- показано карбапенемами
- показано цефалоспоринами 3 поколения

Результаты обследования

Тактика ведения ребенка при появлении брадикардии 110/мин, артериальной гипотонии заключается в

- назначении глюкокортикоидов, проведении инфузионной терапии
- обеспечении сосудистого доступа, назначении инфузионной терапии из расчета 80 мл/кг/сутки
- оценке адекватности респираторной терапии, обеспечении сосудистого доступа и проведении волюмэкспандерной терапии
- переводе ребенка на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких, трансфузии свежезамороженной плазмы

У ребенка на 2 сутки жизни отмечалось нарастание дыхательных нарушений, потребовавших перевода на ИВЛ с потребностью в дополнительном кислороде до 60%, эпизоды гипергликемии, развитие дистрибутивного шока. На основании полученных клинико-лабораторных данных в возрасте 48 часов жизни можно выставить диагноз
+_____+. Недоношенность 33 недели. Маловесный к сроку гестации

- назначении глюкокортикоидов, проведении инфузионной терапии
- обеспечении сосудистого доступа, назначении инфузионной терапии из расчета 80 мл/кг/сутки
- оценке адекватности респираторной терапии, обеспечении сосудистого доступа и проведении волюмэкспандерной терапии
- переводе ребенка на высокочастотную осцилляторную вентиляцию легких, трансфузии свежезамороженной плазмы

Диагноз

Для внутрижелудочкового кровоизлияния 3 степени по данным нейросонографии характерно наличие

- неоднородных сосудистых сплетений
- гиперэхогенной области перивентрикулярной локализации, отсутствие визуализации бокового желудочка на стороне кровоизлияния
- гиперэхогенных зон в области герминативного матрикса
- гиперэхогенных участков в таламокаудальной вырезке

Лечение внутрижелудочкового кровоизлияния 3 степени обязательно включает в себя

- неоднородных сосудистых сплетений
- гиперэхогенной области перивентрикулярной локализации, отсутствие визуализации бокового желудочка на стороне кровоизлияния
- гиперэхогенных зон в области герминативного матрикса
- гиперэхогенных участков в таламокаудальной вырезке

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка, рожденная на 30 неделе гестации, масса тела при рождении 1120 граммов, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. В родильном блоке проведен маневр продленного вдоха, далее - респираторная терапия NCPAP, FiO2 25%. При поступлении в ОРИТН налажена респираторная терапия - неинвазивная ИВЛ (Biphasic).

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Женщине 20 лет, отягощенный соматический анамнез (повторные пневмонии в 2010 г., 2013 г., тонзиллиты) от 1 беременности, протекавшей:
* в I тр. - в 9 недель острый цистит (стационарное лечение по месту жительства), пренатальный скрининг I триместра: норма;
* во II тр. – без особенностей, пренатальный скрининг II триместра: норма,
* в III триместре - отеки беременных, повышение показателей артериального давления с 29 недели гестации, выраженное нарушение фето-плацентарного кровотока. + Профилактика респираторного дистресс-синдрома проведена.

Объективный статус
30 минут жизни +
Общее состояние: Масса тела: 1320 граммов. Длина: 32 см +
ЧД - 62 в минуту, ЧСС - 156 в минуту, SpO~2~ - 94%, Biphasic FiO~2~ - 0,25, PIP - 8,0, peep - 4,0, Fr - 30, Tin 1,0, SpO~2~- 95%, АД 50/28/39 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. В микроклимате кювеза. +
Кожные покровы, подкожно-жировая клетчатка, слизистые: Кожные покровы ярко-розовые, чистые, симптом "бледного пятна"- 4 секунды. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит скудно, соответственно гестационному сроку. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. +
Костно-суставная система: Телосложение правильное. Голова: округлая, швы сомкнуты неполностью, кости черепа податливые. Большой родничок 2,5х2,5 см, не напряжен, не выбухает. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +
Неврологический статус: Неврологический статус недоношенного ребенка. Поза распластанная, быстро истощается. На осмотр реакция вялая, двигательная активность снижена. Глаза не открывает. Мышечный тонус равномерно снижен. Рефлексы новорожденных вызываются с задержкой, нестойкие. Судорог и их эквивалентов на момент осмотра нет. +
Дыхание: Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Silverman в виде втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Аускультативно дыхание ослаблено по всем легочным полям, хрипы, рассеянные крепитирующие над всей площадью поверхности лёгких.
Сердце: Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритм правильный. АД в пределах нормативных значений. Пульс на крупных сосудах удовлетворительных качеств. +
Система пищеварения: Живот обычной формы, мягкий, перистальтика кишечника

выслушивается, ослаблена. Печень {plus} 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул - меконий в небольшом количестве. +
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. +
В асептических условиях без технических трудностей ребенку произведена постановка пупочного венозного катетера на глубину 6,0 см, ретроградный ток крови достоверный.

Обязательный план обследования ребенка на данном этапе включает

- неоднородных сосудистых сплетений
- гиперэхогенной области перивентрикулярной локализации, отсутствие визуализации бокового желудочка на стороне кровоизлияния
- гиперэхогенных зон в области герминативного матрикса
- гиперэхогенных участков в таламокаудальной вырезке

Результаты обследования

Обязательный план обследования на данном этапе также включает

- неоднородных сосудистых сплетений
- гиперэхогенной области перивентрикулярной локализации, отсутствие визуализации бокового желудочка на стороне кровоизлияния
- гиперэхогенных зон в области герминативного матрикса
- гиперэхогенных участков в таламокаудальной вырезке

Результаты обследования

В возрасте 9 часов жизни у ребенка на фоне нестабильной гемодинамики отмечается быстрое снижение гематокрита до 30%, смешанный ацидоз. В первую очередь следует исключать развитие

- внутрижелудочкового кровоизлияния
- гидроторакса
- хилоторакса
- пневмоторакса

По данным нейросонографии диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние 2Б степени, при исследовании гемостазиограммы отмечается гипофибриногенемия, в связи с чем ребенку показана

- адекватная инфузионная терапия с применением гепарина в дозе 300 МЕ/кг/сутки
- гемостатическая терапия (викасол, дицинон)
- адекватная инфузионная терапия с применением гепарина в дозе 200 МЕ/кг/сутки
- трансфузия свежезамороженной плазмы

На основании клинических данных и результатов лабораторного и инструментального обследования предварительным диагнозом ребенка на данном этапе является

+_____+.

Недоношенность 30 недель

- Транзиторное тахипноэ. Асфиксия средней степени тяжести при рождении
- Респираторный дистресс-синдром. Врожденная пневмония? ДВС- синдром (Внутрижелудочковое кровоизлияние 2Б степени). Асфиксия средней степени тяжести при рождении. Очень низкая масса тела
- Аспирация околоплодными водами. Асфиксия средней степени тяжести при рождении
- Неонатальная аспирация мекония. TORCH-синдром? Очень низкая масса тела

На данном этапе проведение антибактериальной терапии ребенку

- показано карбапенемами
- показано цефалоспоринами 3 поколения
- показано, комбинацией полусинтетического пенициллина и аминогликозида
- не показано из-за отсутствия повышения маркеров воспаления

С целью уточнения диагноза и определения тактики введения ребенка план дальнейшего обследования обязательно включает

- показано карбапенемами
- показано цефалоспоринами 3 поколения
- показано, комбинацией полусинтетического пенициллина и аминогликозида
- не показано из-за отсутствия повышения маркеров воспаления

Результаты обследования

Необходимый объем крови для выполнения посева на стерильность у новорожденных должен составлять не менее +____+ мл

- 1,0
- 2,0
- 1,5
- 0,5

Основным рентгенологическим критерием врожденной пневмонии является

- гипопневматизация легочной ткани в первые трое суток жизни
- усиление бронхо-сосудистого рисунка в первые трое суток жизни
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких в первые трое суток жизни
- воздушная бронхограмма в первые двое суток жизни

У ребенка с 12 часов жизни отмечалось нарастание дыхательных нарушений, потребовавших перевода на ИВЛ с потребностью в дополнительном кислороде до 100%, эпизоды гипо-гипергликемии, снижение уровня гематокрита, смешанный

ацидоз, развитие дистрибутивного шока. По данным бактериологического посева крови получен рост _E_. _coli._ На основании полученных клинико-лабораторных данных в возрасте 48 часов жизни можно выставить диагноз

+_____+.

Недоношенность 30 недель

- гипопневматизация легочной ткани в первые трое суток жизни
- усиление бронхо-сосудистого рисунка в первые трое суток жизни
- наличие инфильтративных теней на рентгенограмме легких в первые трое суток жизни
- воздушная бронхограмма в первые двое суток жизни

Диагноз

Для внутрижелудочкового кровоизлияния 2-й степени по данным нейросонографического исследования характерно наличие гиперэхогенной(-ых)

- обширной области перивентрикулярной локализации
- зон в области герминативного матрикса
- участков в лобных и теменных долях
- участков в проекции мозжечка

Лечение внутрижелудочкового кровоизлияния 2 обязательно включает в себя

- обширной области перивентрикулярной локализации
- зон в области герминативного матрикса
- участков в лобных и теменных долях
- участков в проекции мозжечка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенный мальчик от I преждевременных родов при II беременности в сроке 24 недели, осложненных задержкой частей плаценты без кровотечения.

Извлечен с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: обертывание в термосберегающую пленку, NCPAP через маску, затем через назофарингеальную трубку. Зависимость от дополнительного кислорода до 50%. На 15-й минуте жизни введен «Куросурф» методом "LISA" (200 мг/кг), постепенно произведена редукция FiO~2~ до 21%, в транспортном инкубаторе на неинвазивной ИВЛ ребёнок переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Анамнез заболевания

Женщина 25 лет, с отягощенным соматическим (хронический пиелонефрит) и гинекологическим анамнезом (хронический сальпингоофорит; 1 беременность –

медикаментозный аборт в 5 недель, без особенностей).
Данная беременность наступила самопроизвольно, с 16 недель отмечалось повышение АД до 140/100 мм рт. ст. Был назначен допегит, не принимала. В 20 недель - ОРВИ, кашель, без повышения температуры тела (гексорал). Подготовка сурфактантной системы плода не проводилась, т.к. женщина обратилась в приемное отделение во II-ом периоде родов.

Объективный статус
Общее состояние: Масса тела 700 гр., длина 30 см
ЧД - 62-64 в минуту, ЧСС - 156 в минуту. АД 46/24/30 мм рт. ст.
SpO~2~- 94 %. NIPPV FiO~2~-0,21-0,25 PIP-8,0 peep-5,0 Fr- 30 Tin 1,0
Состояние ребенка тяжелое. Ребёнок доставлен в ОРИТН на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе. При поступлении продолжена респираторная терапия - неинвазивная ИВЛ (NIPPV). Мальчик помещен в микроклимат кувеза, согрет.
Кожные покровы, подкожно-жировая клетчатка, слизистые: Кожные покровы ярко-розовые, чистые, симптом "бледного пятна"- 4 секунды. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит слабо. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений.
Костно-суставная система: Телосложение правильное. Голова: округлая, расхождение сагиттального шва на 1 мм, кости черепа податливые. Большой родничок 1,5 х 1,5 см, не напряжен, не выбухает. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный.
Неврологический статус: Неврологический статус недоношенного ребенка. Поза расслабленная, быстро истощается. На осмотр реакция вялая, двигательная активность минимальная. Глаза не открывает. Мышечный тонус равномерно снижен. Рефлексы новорожденных угнетены.
Дыхание: Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана в виде втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Аускультативно дыхание ослаблено по всем легочным полям, хрипы рассеянные крепитирующие по всей поверхности аускультации.
Сердце: Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритм правильный. АД в пределах нормативных значений. Пульс на крупных сосудах удовлетворительных качеств.
Система пищеварения: Живот обычной формы, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается - ослаблена. Печень + 0,5 см, селезенка не пальпируется. Стула на момент осмотра не было.
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

<u>Обязательный план обследования ребенка на данном этапе включает</u>

- обширной области перивентрикулярной локализации
- зон в области герминативного матрикса
- участков в лобных и теменных долях
- участков в проекции мозжечка

Результаты обследования

Обязательный план обследования на данном этапе также включает

- обширной области перивентрикулярной локализации
- зон в области герминативного матрикса
- участков в лобных и теменных долях
- участков в проекции мозжечка

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов обследования предварительным диагнозом ребенка на данном этапе является

+_____+ Экстремально низкая масса тела. Недоношенность 24 недели

- обширной области перивентрикулярной локализации
- зон в области герминативного матрикса
- участков в лобных и теменных долях
- участков в проекции мозжечка

Диагноз

На данном этапе проведение антибактериальной терапии ребенку

- показано комбинацией ампициллина и гентамицина
- показано комбинацией карбапенема с ванкомицином
- показано монотерапией цефалоспорином
- не показано из-за отсутствия положительных результатов посевов крови и из нестерильных локусов

В возрасте 3 часов жизни у ребенка нарастание дыхательной недостаточности, в виде нарастания степени участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания до 3-4 баллов по шкале Сильвермана, кислородной зависимости до 30-35. В первую очередь следует предположить

- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома; ребенку показана смена антибактериальной терапии
- развитие синдрома верхней полой вены (ВПВ); ребенку показано экстренное допплерографическое исследование кровотока в ВПВ
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома; ребенку показано повторное введение препарата экзогенного сурфактанта
- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния; необходим контроль нейросонографического исследования и коагулограммы

В возрасте 4 часов жизни у ребенка при стабильных показателях респираторного статуса отмечается лабильность терморегуляции, эпизоды брадикардии, нарастание выраженности микроциркуляторных нарушений, снижение артериального давления, сопровождающееся развитием метаболического ацидоза и ростом уровня лактата до 7,0 ммоль/л, в первую очередь следует предположить

- развитие интерстициальной эмфиземы
- развитие полицитемии новорожденных
- развитие шока
- реализацию гемолитической болезни новорожденных

При выявлении вышеперечисленных симптомов у ребенка в возрасте 4 часов жизни (появление нестабильности гемодинамики в виде снижения артериального давления, сопровождающееся развитием метаболического ацидоза и нарастанием уровня лактата) с диагностической целью следует выполнить

- эхокардиографическое исследование
- катетеризацию сердца
- измерение центрального венозного давления
- ультразвуковое исследование брюшной полости

Первоочередным мероприятием при развитии шока у пациента с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) является

- введение раствора гидроксиэтилкрахмала 6% из расчета 10-15 мл/кг в/в за 15-20 минут
- кардиотоническая терапия допамином, стартовая доза 10 мкг/кг/мин
- перевод на ИВЛ и обеспечение сосудистого доступа
- перевод на ИВЛ и введение глюкокортикоидов

Для стабилизации гемодинамики необходимо одновременно с введением болюса физиологического раствора из расчета 10-15 мл/кг в/в за 15-20 минут одновременно начать

- комбинированную кардиотоническую терапию допамином 4% в дозе 5 мкг/кг/мин и добутамином 1,25% в дозе 5 мкг/кг/мин
- введение глюкокортикоидов - дексаметазон в начальной суточной дозе 0,15 мг/кг
- кардиотоническую терапию допамином 4% в дозе 5 мкг/кг/мин
- кардиотоническую терапию допамином 4%, стартовая доза 2 мкг/кг/мин

При поступлении в отделение ребенка с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) необходимо начать инфузионную терапию/полное парентеральное питание из расчета

- объем жидкости 80 мл/кг/сутки, белки 3 г/кг/сутки, углеводы 5-6 мг/кг/мин, жиры в первые сутки жизни не показаны
- инфузия раствора глюкозы 10% из расчета 90 мл/кг/сутки

- объем жидкости 80 мл/кг/сутки, белки 3 г/кг/сутки, жиры 3 г/кг/сутки, углеводы 5-6 мг/кг/мин
- объем жидкости 100 мл/кг/сутки, белки 1,5 г/кг/сутки, жиры 1,5 г/кг/сутки, углеводы 5-6 мг/кг/мин

При обследовании на 3-и сутки жизни у ребенка по данным нейросонографического исследования диагностировано одностороннее внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) 2-й степени. С целью определения дальнейшей тактики введения ребенка план обследования на данном этапе обязательно включает

- магнитнорезонансную томографию головного мозга
- общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- оценку уровня тромбоцитов

Для начальных стадий внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) 2-й степени по данным нейросонографического исследования (НСГ) характерно наличие

- магнитнорезонансную томографию головного мозга
- общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- оценку уровня тромбоцитов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик от III преждевременных оперативных родов на 27 неделе путём экстренного кесарева сечения, в связи с нарастанием тяжести преэклампсии и прогрессированием нарушения маточно-плацентарного кровотока.
Извлечен с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: обертывание в термосберегающую пленку, NCPAP через маску, затем через назофарингеальную трубку. Зависимость от дополнительного кислорода 25%. В транспортном инкубаторе на неинвазивной ИВЛ ребёнок переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТН).

Анамнез заболевания
Женщина 26 лет, с отягощенным соматическим (хронический пиелонефрит) и гинекологическим анамнезом (хронический аднексит; 1 беременность - самопроизвольный выкидыш в 11-12 недель, без особенностей; 2 беременность - 2016 год - операция экстренного кесарева сечения по поводу преэклампсии на сроке 26-27 недель (780 гр), умер на 10-ые сутки жизни с основным диагнозом: Внутриутробная инфекция: пневмония. ДН II ст. НЭК 2А ст. по Bell.).
Данная беременность наступила самопроизвольно, протекала с угрозой прерывания в I-м триместре, во II триместре стационарное лечение по поводу артериальной гипертонии, в

III триместре стационарное лечение по поводу существовавшей ранее гипертензии с присоединившейся протеинурией при 3 беременности в сроке 26 недель. Установлен антифосфолипидный синдром. Проведена профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС) плода в сроке 26 недель беременности.

Объективный статус

Общее состояние: Масса тела 900 гр., длина 33 см
ЧД - 62 в минуту, ЧСС - 160 в минуту. АД 46/26/32 мм рт. ст.
SpO~2~- 94 %. NIPPV FiO~2~-0,25-0,30 PIP-8,0 peep-5,0 Fr- 30 Tin 1,0
Состояние ребенка тяжелое. Ребёнок доставлен в ОРИТН на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе. При поступлении продолжена респираторная терапия - неинвазивная ИВЛ (NIPPV). Мальчик помещен в микроклимат кувеза, согрет.
Кожные покровы, подкожно-жировая клетчатка, слизистые: Кожные покровы ярко-розовые, чистые, симптом "бледного пятна"- 4 секунды. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит слабо. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений.
Костно-суставная система: Телосложение правильное. Голова: округлая, расхождение сагиттального шва на 1 мм, кости черепа податливые. Большой родничок 1,5 х 1,5 см, не напряжен, не выбухает. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный.
Неврологический статус: Неврологический статус недоношенного ребенка. Поза расслабленная, быстро истощается. На осмотр реакция вялая, двигательная активность снижена. Глаза не открывает. Мышечный тонус равномерно снижен. Рефлексы новорожденных угнетены.
Дыхание: Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана в виде втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Аускультативно дыхание ослаблено по всем легочным полям, хрипы рассеянные крепитирующие по всей поверхности аускультации.
Сердце: Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритм правильный. АД в пределах нормативных значений. Пульс на крупных сосудах удовлетворительных качеств.
Система пищеварения: Живот обычной формы, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается - ослаблена. Печень + 1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул: меконий в небольшом количестве.
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

<u>Обязательный план обследования ребенка на данном этапе включает</u>

- магнитнорезонансную томографию головного мозга
- общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- оценку уровня тромбоцитов

Результаты обследования

Обязательный план обследования на данном этапе также включает

- магнитнорезонансную томографию головного мозга
- общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- оценку уровня тромбоцитов

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов обследования предварительным диагнозом ребенка на данном этапе является

+ + Экстремально низкая масса тела. Недоношенность 27 недель

- магнитнорезонансную томографию головного мозга
- общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- оценку уровня тромбоцитов

Диагноз

На данном этапе проведение антибактериальной терапии ребенку

- показано комбинацией ампициллина и гентамицина
- не показано из-за отсутствия положительных результатов посевов крови и из нестерильных локусов
- показано комбинацией карбапенема с ванкомицином
- показано монотерапией цефалоспорином

В возрасте 3 часов жизни у ребенка нарастание дыхательной недостаточности, в виде нарастания степени участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания до 3-4 баллов по шкале Сильвермана, кислородной зависимости до 30-35%, в первую очередь следует предположить

- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показано введение препарата экзогенного сурфактанта
- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния. Необходим контроль коагулограммы
- развитие синдрома верхней полой вены (ВПВ). Ребенку показано экстренное допплерографическое исследование кровотока в ВПВ
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показана смена антибактериальной терапии

В возрасте 4 часов жизни у ребенка отмечается лабильность терморегуляции, эпизоды брадикардии, нарушения микроциркуляции, снижение артериального давления,

сопровождающиеся развитием метаболического ацидоза и ростом уровня лактата до 6,0 ммоль/л, в первую очередь следует предположить развитие

- шока
- интерстициальной эмфиземы
- преходящего нарушения обмена кальция и магния у новорожденного
- полицитемии

При выявлении вышеперечисленных симптомов у ребенка в возрасте 4 часов жизни (появление нестабильности гемодинамики в виде снижения артериального давления, сопровождающееся развитием метаболического ацидоза и нарастанием уровня лактата) с диагностической целью следует выполнить

- катетеризацию сердца
- ультразвуковое исследование брюшной полости
- эхокардиографическое исследование
- измерение центрального венозного давления

Первоочередным мероприятием при развитии шока у пациента с экстремально низкой массой тела является

- введение раствора гидроксиэтилкрахмала 6% из расчета 10-15 мл/кг в/в за 15-20 минут
- перевод на ИВЛ и введение глюкокортикоидов
- введение раствора допамина 4%, стартовая доза 10 мкг/кг/мин
- оценка адекватности респираторной терапии и перевод на ИВЛ

При поступлении в отделение ребенка с экстремально низкой массой тела необходимо начать инфузионную терапию/полное парентеральное питание из расчета

- введение раствора гидроксиэтилкрахмала 6% из расчета 10-15 мл/кг в/в за 15-20 минут
- перевод на ИВЛ и введение глюкокортикоидов
- введение раствора допамина 4%, стартовая доза 10 мкг/кг/мин
- оценка адекватности респираторной терапии и перевод на ИВЛ

Дополнительная информация

При обследовании ребенка после 48 часов жизни, отмечается нарастание уровня лейкоцитов до 21,7х10^9^/л, п/я 6%, с/я 60%, тромбоцитопения до 130х10^9^/л, нарастание СРБ до 16,0 мг/л.

При этом клинически у ребенка отмечается положительная динамика: стабилизация гемодинамики, отмена кардиотонических препаратов, редукция параметров ИВЛ, нормализация уровня лактата.

Антибактериальная терапия должна быть

- деэскалирована до монотерапии защищенным пенициллином

- скорректирована, первая линия антибиотиков отменена, назначен сульперазон с ванкомицином
- продолжена в прежнем объеме комбинацией ампициллина и гентамицина
- скорректирована, первая линия антибиотиков отменена, назначен меропенем с ванкомицином

При обследовании на 3 сутки жизни у ребенка по данным нейросонографического исследования диагностировано двухстороннее внутрижелудочковое кровоизлияние 2-й степени. С целью определения дальнейшей тактики введения ребенка, план обследования на данном этапе обязательно включает

- электроэнцефалографическое исследование
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- исследование активности аспартатаминотрансферазы
- оценку коагулограммы и уровня тромбоцитов

Учитывая данные нейросонографического исследования и гипокоагуляцию по данным гемостазиограммы, ребенку следует назначить

- электроэнцефалографическое исследование
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- исследование активности аспартатаминотрансферазы
- оценку коагулограммы и уровня тромбоцитов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик от III преждевременных оперативных родов на 30 неделе путём экстренного кесарева сечения, в связи с нарастанием тяжести преэклампсии. Извлечен с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: NCPAP через маску, затем через назофарингеальную трубку. Зависимость от дополнительного кислорода 25%. В транспортном инкубаторе на неинвазивной ИВЛ ребёнок переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Анамнез заболевания
Женщина 42 лет, с отягощенным соматическим анамнезом (Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма, гипотиреоз, медкомпенсация. Гипертоническая болезнь. Хроническая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия).
Данная беременность наступила самопроизвольно, протекала I-м триместре, без особенностей, во II триместре отмечается появление ацетона в моче ({plus}{plus}{plus}{plus}), стационарное лечение, в III триместре при плановом посещении женской консультации зафиксировано повышение артериального давления до 160/100

мм рт. ст., госпитализирована в анестезиолого-реанимационное отделение. Профилактика респираторного дистресс синдрома плода проведена не в полном объеме.

Объективный статус

30 минут жизни

Масса тела 1350 гр., длина 39 см

ЧД - 62 в минуту, ЧСС - 145 в минуту. АД 50/32/40 мм рт. ст.

SpO~2~ - 96 %. Biphasic FiO~2~ - 0,25 PIP-9,6 peep-5,0 MAP 6,4 r- 30 Tin 1,0

Состояние ребенка тяжелое. Ребёнок доставлен в ОРИТН на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе. При поступлении продолжена респираторная терапия - неинвазивная ИВЛ (Biphasic). Мальчик помещен в микроклимат кувеза, согрет.

Кожные покровы, подкожно-жировая клетчатка, слизистые: Кожные покровы ярко-розовые, чистые, симптом "бледного пятна" менее 3 секунд. Видимые слизистые розовые, чистые. Умеренная пастозность мягких тканей. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений.

Костно-суставная система: Телосложение правильное. Голова: округлая, расхождения сагиттального шва нет, кости черепа податливые. Большой родничок 1,5 х 1,5 см, не напряжен, не выбухает. Малый родничок 0,5 х 0,5 см. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный.

Неврологический статус: Неврологический статус недоношенного ребенка. Поза расслабленная, быстро истощается. На осмотр реакция вялая, двигательная активность снижена. Глаза не открывает. Мышечный тонус равномерно снижен. Рефлексы новорожденных вызываются с задержкой, нестойкие.

Дыхание: Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана в виде втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Аускультативно дыхание ослаблено по всем легочным полям, хрипы рассеянные проводного характера по всей поверхности аускультации.

Сердце: Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритм правильный. АД в пределах нормативных значений. Пульс на крупных сосудах удовлетворительных качеств.

Система пищеварения: Живот обычной формы, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается -ослаблена. Печень + 2,0 см, селезенка не пальпируется. Стула при осмотре не было.

Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

<u>Обязательный план обследования ребенка на данном этапе включает</u>

- электроэнцефалографическое исследование
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- исследование активности аспартатаминотрансферазы
- оценку коагулограммы и уровня тромбоцитов

Результаты обследования

Обязательный план обследования на данном этапе также включает

- электроэнцефалографическое исследование
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- исследование активности аспартатаминотрансферазы
- оценку коагулограммы и уровня тромбоцитов

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов обследования предварительным диагнозом ребенка на данном этапе является +_____+ Очень низкая масса тела (ОНМТ). Недоношенность 30 недель

- Врожденная пневмония. Малый вес к сроку гестации
- Врожденная пневмония. Внутриутробный сепсис?
- Респираторный дистресс-синдром. Малый вес к сроку гестации
- Респираторный дистресс-синдром. Врожденная пневмония?

При поступлении в отделение ребенка с очень низкой массой тела (ОНМТ) необходимо начать инфузионную терапию/полное парентеральное питание из расчета

- объем жидкости 80 мл/кг/сутки, белки 2,5 г/кг/сутки, углеводы 6 мг/кг/мин, жиры в первые сутки жизни не показаны
- объем жидкости 60 мл/кг/сутки, белки 2,5 г/кг/сутки, жиры 2,5 г/кг/сутки, углеводы 6 мг/кг/мин
- инфузия раствора глюкозы 10% из расчета 80 мл/кг/сутки
- объем жидкости 80 мл/кг/сутки, белки 2,5 г/кг/сутки, жиры 3 г/кг/сутки, углеводы 6 мг/кг/мин

На данном этапе проведение антибактериальной терапии ребенку

- показано комбинацией ампициллина и гентамицина
- не показано до получения положительных результатов посевов крови и нестерильных локусов
- показано комбинацией карбапенема с ванкомицином
- показано в виде монотерапии цефалоспорином

В возрасте 2 часов жизни у ребенка нарастание дыхательной недостаточности, в виде нарастания степени участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания до 3-4 баллов по шкале Сильвермана, кислородной зависимости до 35%, в первую очередь следует предположить

- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния. Необходим контроль коагулограммы
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс синдрома. Ребенку показан перевод на ИВЛ. Сурфактантная терапия не показана

- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показано введение препарата экзогенного сурфактанта
- развитие синдрома «верхней полой вены» (ВПВ). Необходим допплерографический контроль кровотока в ВПВ

С целью уточнения диагноза и определения тактики введения ребенка план дальнейшего обследования обязательно включает

- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния. Необходим контроль коагулограммы
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс синдрома. Ребенку показан перевод на ИВЛ. Сурфактантная терапия не показана
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показано введение препарата экзогенного сурфактанта
- развитие синдрома «верхней полой вены» (ВПВ). Необходим допплерографический контроль кровотока в ВПВ

Результаты обследования

С целью уточнения диагноза и определения тактики введения ребенка план обследования на данном этапе обязательно включает определение

- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния. Необходим контроль коагулограммы
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс синдрома. Ребенку показан перевод на ИВЛ. Сурфактантная терапия не показана
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показано введение препарата экзогенного сурфактанта
- развитие синдрома «верхней полой вены» (ВПВ). Необходим допплерографический контроль кровотока в ВПВ

Результаты обследования

Дополнительная информация

На 3-и сутки жизни состояние ребенка с положительной динамикой. Отменена респираторная терапия. Гемодинамические показатели в пределах нормативных значений. Энтеральное питание усваивает полностью в предложенном объеме. Диурез достаточный.

На основании анамнестических данных, клинической картины, лабораторно-инструментальных методов обследования установлен следующий клинический диагноз +_____+ Очень низкая масса тела. Недоношенность 30 недель

- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния. Необходим контроль коагулограммы

- прогрессирование симптомов респираторного дистресс синдрома. Ребенку показан перевод на ИВЛ. Сурфактантная терапия не показана
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показано введение препарата экзогенного сурфактанта
- развитие синдрома «верхней полой вены» (ВПВ). Необходим допплерографический контроль кровотока в ВПВ

Диагноз

Единственным зарегистрированным в РФ препаратом аминокислот для парентерального питания у новорожденных является

- оликлиномель
- аминоплазмаль Е10
- аминостерил
- аминовен инфант 10%

Детям массой тела 1200-2000 граммов объем энтерального питания увеличивается по

- 20 мл/кг/сут каждые 12 часов
- 20-30 мл/сутки
- 10 мл/кг/сут каждые 6 часов
- 15 мл/кг/сут каждые 6 часов

Идеальным субстратом для начала энтерального питания у недоношенных детей является

- 20 мл/кг/сут каждые 12 часов
- 20-30 мл/сутки
- 10 мл/кг/сут каждые 6 часов
- 15 мл/кг/сут каждые 6 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик от II преждевременных оперативных родов на 31 неделе путём экстренного кесарева сечения в связи с нарастанием тяжести преэклампсии. Извлечен с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: NCPAP через маску, затем через назофарингеальную трубку. Зависимость от дополнительного кислорода 25-30%. В транспортном инкубаторе на неинвазивной ИВЛ ребёнок переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Анамнез заболевания
Женщина 38 лет, с отягощенным соматическим анамнезом (хронический гепатит В).

Данная беременность наступила самопроизвольно, протекала с токсикозом легкой степени в I-м триместре, +
во II-м триместре гестационный сахарный диабет, +
в III-м триместре разовые повышения артериального давления до 140/90 мм рт. ст., антигипертензивная терапия ситуационно, +
на 31 неделе появилась протеинурия до 3,0 г/л, госпитализирована в акушерское отделение. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода проведена не в полном объеме.

Объективный статус
30 минут жизни
Масса тела 1450 гр., длина 40 см
Общее состояние:
ЧД - 64 в минуту, ЧСС - 134 в минуту. АД 47/27/34 мм рт. ст.
SpO~2~ 94 %. Biphasic FiO~2~-0,25-0,30 PIP-10,0 peep-5,0 MAP 6,8 Fr- 30 Tin 1,0
Состояние ребенка тяжелое. Ребёнок доставлен в ОРИТН на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе. При поступлении продолжена респираторная терапия - неинвазивная ИВЛ (Biphasic). Мальчик помещен в микроклимат кувеза, согрет.
Кожные покровы, подкожно-жировая клетчатка, слизистые: Кожные покровы ярко-розовые, чистые, симптом "бледного пятна" менее 3 секунд. Видимые слизистые розовые, чистые. Умеренная пастозность мягких тканей. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений.
Костно-суставная система: Телосложение правильное. Голова: округлая, расхождения сагиттального шва нет, кости черепа податливые. Большой родничок 2,0 х 2,0 см, не напряжен, не выбухает. Малый родничок 0,3 х 0,3 см. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный.
Неврологический статус: Неврологический статус недоношенного ребенка. Поза расслабленная, быстро истощается. На осмотр реакция вялая, двигательная активность снижена. Глаза не открывает. Мышечный тонус равномерно снижен. Рефлексы новорожденных вызываются с задержкой, нестойкие.
Дыхание: Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана в виде втяжения уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Аускультативно дыхание ослаблено по всем легочным полям, хрипы рассеянные проводного характера по всей поверхности аускультации.
Сердце: Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритм правильный. АД в пределах нормативных значений. Пульс на крупных сосудах удовлетворительных качеств.
Система пищеварения: Живот обычной формы, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается - ослаблена. Печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Стула при осмотре не было.
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

<u>Обязательный план обследования ребенка в 1-е сутки жизни включает</u>

- 20 мл/кг/сут каждые 12 часов
- 20-30 мл/сутки
- 10 мл/кг/сут каждые 6 часов
- 15 мл/кг/сут каждые 6 часов

Результаты обследования

Обязательный план обследования на данном этапе также включает

- 20 мл/кг/сут каждые 12 часов
- 20-30 мл/сутки
- 10 мл/кг/сут каждые 6 часов
- 15 мл/кг/сут каждые 6 часов

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов обследования предварительным диагнозом ребенка на данном этапе является +_____+
Очень низкая масса тела. Недоношенность 31 неделя

- Транзиторное тахипноэ новорожденных
- Респираторный дистресс-синдром. Персистирующая легочная гипертензия
- Респираторный дистресс-синдром. Врожденная пневмония
- Внутриутробный сепсис

При поступлении в отделение ребенку с очень низкой массой тела необходимо начать инфузионную терапию/полное парентеральное питание из расчета

- объем жидкости 60 мл/кг/сутки, белки 2,5 г/кг/сутки, жиры 2,5 г/кг/сутки, углеводы 6 мг/кг/мин
- объем жидкости 80 мл/кг/сутки, белки 2,5 г/кг/сутки, жиры 3 г/кг/сутки, углеводы 6 мг/кг/мин
- объем жидкости 80 мл/кг/сутки, белки 2,5 г/кг/сутки, углеводы 6 мг/кг/мин, жиры в первые сутки жизни не показаны
- инфузия раствора глюкозы 10% из расчета 80 мл/кг/сутки

На данном этапе проведение антибактериальной терапии ребенку

- показано комбинацией ампициллина и гентамицина
- не показано до получения положительных результатов посевов крови и нестерильных локусов
- показано в виде монотерапии цефалоспоринами
- показано комбинацией цефалоспорина III поколения с ванкомицином

В возрасте 3 часов жизни у ребенка нарастание дыхательных нарушений, в виде нарастания степени участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания до 3-4

баллов по шкале Сильверман, кислородной зависимости до 35%, в первую очередь следует предположить

- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показан перевод на ИВЛ. Сурфактантная терапия не показана
- развитие внутрижелудочкового кровоизлияния, следует выполнить гемостазиограмму
- развитие синдрома «верхней полой вены» (ВПВ). Необходим допплерографический контроль кровотока в ВПВ
- прогрессирование симптомов респираторного дистресс-синдрома. Ребенку показано введение препарата экзогенного сурфактанта

С целью уточнения диагноза и определения тактики введения ребенка план дальнейшего обследования обязательно включает

- микробиологические посевы из нестерильных локусов в возрасте 48 часов
- повторное исследование общего анализа крови в возрасте 48-72 часов
- проведение повторной рентгенографии органов грудной полости по дежурству
- микробиологический посев крови в возрасте 48 часов жизни

С целью постановки окончательного диагноза ребенку следует провести

- микробиологические посевы из нестерильных локусов в возрасте 48 часов
- повторное исследование общего анализа крови в возрасте 48-72 часов
- проведение повторной рентгенографии органов грудной полости по дежурству
- микробиологический посев крови в возрасте 48 часов жизни

Дополнительная информация

На 3-и сутки жизни состояние ребенка с положительной динамикой. Отменена респираторная терапия. Гемодинамические показатели в пределах нормативных значений. Энтеральное питание усваивает полностью в предложенном объеме. Диурез достаточный.

На основании анамнестических данных, клинической картины, лабораторно-инструментальных методов обследования (на 3 сутки жизни лейкоциты 8,5, нейтрофилы п/я 0, нейтрофилы с/я 54%, СРБ 0,6) установлен клинический диагноз:

+_____ + Очень низкая масса тела. Недоношенность 31 неделя

- микробиологические посевы из нестерильных локусов в возрасте 48 часов
- повторное исследование общего анализа крови в возрасте 48-72 часов
- проведение повторной рентгенографии органов грудной полости по дежурству
- микробиологический посев крови в возрасте 48 часов жизни

Диагноз

Учитывая клиническую картину и результаты лабораторно-инструментальных методов обследования, начатая в первые сутки жизни антибактериальная терапия должна быть

- продолжена в прежнем объеме до получения отрицательного результата микробиологического исследования крови
- продолжена в прежнем объеме еще на 48 часов с последующим повторным обследованием
- продолжена в прежнем объеме до 7 суток
- завершена

Детям гестационного возраста 31 неделя энтеральное питание начинается с 6 часов жизни в объеме

- 20 мл 4 раза в сутки
- 40 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 10 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 20 мл/кг/сутки

«Идеальным» субстратом для проведения энтерального питания у недоношенных детей является

- 20 мл 4 раза в сутки
- 40 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 10 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 20 мл/кг/сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенная девочка (38 недель) у женщины 38 лет, от 3 беременности, 1 своевременных оперативных родов путем операции кесарева сечения в связи с тазовым предлежанием плода. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Находится в периоде ранней неонатальной адаптации. К груди не приложена в связи с отягощенным анамнезом матери (ВИЧ-инфекция). Масса тела при рождении 3600 г, длина 52 см, окружность головы 38 см. В родильном блоке проведение реанимационных мероприятий не потребовалось. +
Группа крови – АВ (IV) четвертая.

Анамнез заболевания
Группа крови матери А(II) вторая, Rh ({plus}) - положительная. +
Соматический анамнез матери: +
Состоит на учете в Центре СПИД с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия 3, субклиническая. Со слов, на протяжении 8 лет получает АРТ. В настоящее время схема: тенофовир + ламивудин {plus} даруновир {plus} ритонавир. Приверженность хорошая. Результаты последнего обследования: CD4 455 кл/мкл (%), ВН менее 40 коп/мл. Также были выявлены антитела к гепатиту В и С. ПЦР ДНК ВГВ (давность 2 года) - 2,8{asterisk}10(4) ме/мл. +
Гинекологические заболевания матери: Овариальная киста. Уреаплазмоз. +

Акушерский анамнез матери: медицинский аборт 7 недель; неразвивающаяся беременность 9 недель. Оперативные пособия: abrasio cavi uteri. +
Течение беременности: I триместр: 8 недель угроза выкидыша, стационарное лечение. Ранний токсикоз. Пренатальный скрининг I триместра: норма. II триместр: угроза прерывания беременности, амбулаторное лечение. III триместр: В 27 недель стационарное лечение по поводу угрозы ранних преждевременных родов, профилактика респираторного дистресс синдрома плода. ОРЗ без повышения температуры тела. +
Особенности течения родов: 1 своевременные оперативные роды. Положение плода продольное. Предлежащая часть: тазовый конец. Операции: Кесарево сечение в связи со смешанным предлежанием плода у первородящей 38 лет с преждевременным излитием околоплодных вод при сроке беременности 38 недель.

Объективный статус
2 часа жизни. +
ЧСС 120 в минуту, ЧД 54 в минуту, температура тела 36,6°С, SpO2 98-100% +
Состояние ребенка удовлетворительное. Согрет. +
На осмотр реагирует повышением двигательной активности. Кричит – крик громкий. Глаза открывает. Мышечный тонус физиологический. Рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме. Кожный покров розовый, чистый, отмечается умеренная общая пастозность. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы, стабильные. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень {plus}1 см. Селезенка не пальпируется. Стула, мочеиспускания на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 20 мл 4 раза в сутки
- 40 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 10 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 20 мл/кг/сутки

Результаты лабораторных методов обследования

В случае определения РНК и / или ДНК ВИЧ в плазме крови методом ПЦР у новорождённого в первые сутки жизни для уточнения ВИЧ-статуса необходимо

- 20 мл 4 раза в сутки
- 40 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 10 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 20 мл/кг/сутки

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- 20 мл 4 раза в сутки
- 40 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 10 мл/кг/сутки каждые 3 часа
- 20 мл/кг/сутки

Диагноз

В случае определения РНК и / или ДНК ВИЧ в плазме крови методом ПЦР у новорождённого в первые сутки жизни, при отсутствии клинических проявлений у ребенка, ошибочным будет диагноз

- перинатальный контакт по ВИЧ инфекции Шифр по МКБ-10 Z 20.6
- бессимптомное носительство вируса иммунодефицита человека Шифр по МКБ-10 Z21
- лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека Шифр по МКБ-10 R 75
- ВИЧ-инфекция Шифр по МКБ-10 В 24

Новорождённому ребёнку от ВИЧ-инфицированной матери после рождения в родильном зале

- профилактических мероприятий не требуется
- показано проведение с целью профилактики проведение гигиенической ванны со спиртовым раствором Хлоргексидина (50 мл 0,5% раствора хлоргексидина на 10 литров воды)
- показано проведение с целью профилактики проведение гигиенической ванны со спиртовым раствором Хлоргексидина (2 мл 2% раствора хлоргексидина на 10 литров воды)
- показано проведение с целью профилактики гигиенической ванны с водным раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды)

Грудное вскармливание детей, рождённых ВИЧ-инфицированной матерью

- проводится только при адекватном проведении антиретровирусной терапии матери
- проводится только при адекватном проведении антиретровирусной терапии матери и ребенка
- категорически не рекомендуется
- проводится в случае диагностируемой вирусной нагрузки у матери менее 50 копий/мл на фоне интенсивной антиретровирусной терапии

Учитывая анамнез матери и данные клинико-лабораторных исследований новорожденного, данному ребенку показано проведение

- перинатальной химиопрофилактики по усиленной схеме (тритерапия)
- перинатальной химиопрофилактики по усиленной схеме (дитерапия)
- перинатальной химиопрофилактики по основной схеме (монотерапия)
- профилактической антибактериальной терапии сультамициллин + гентамицин

Под основной схемой антиретровирусной терапии (монотерапии) понимают назначение ребёнку препарата

- невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) не позднее 6 часов жизни внутрь 1 раза в сутки каждые 24 часа
- зидовудин (сироп) не позднее 6 часов жизни внутрь по 0,006 г (0,6 мл) (0,004 г (0,4 мл) для недоношенных детей)/кг 2 раза в сутки каждые 12 часов
- зидовудин (сироп) не позднее 6 часов жизни внутрь по 0,004 г (0,4 мл) (0,002 г (0,2 мл) для недоношенных детей)/кг 2 раза в сутки каждые 12 часов
- ламивудин (сироп) внутрь по 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов не позднее 6 часов жизни

Под усиленной схемой антиретровирусной терапии понимают: Невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) / кг каждые 24 часа в течение 3-х дней {plus}

- ламивудин (сироп) 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 7 дней в течение 4 недель
- тенофовир (порошок) 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 7 дней + зидовудин (сироп) 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 4 недель
- зидовудин (сироп) 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 4 недель
- ламивудин (сироп) 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 7 дней {plus} зидовудин (сироп) 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 4 недель

Учитывая анамнез матери, данные клинико-лабораторного обследования новорожденного и терапевтическую тактику, вакцинация против туберкулеза данному ребенку

- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М)
- противопоказана
- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ) при условии перевода на интенсивную схему химиопрофилактики в последующие 3 дня после вакцинации
- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ)

При назначении усиленной схемы 3 этапа профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку срок пребывания ребёнка в родильном отделении

- продлевается до 7 дней

- не изменяется
- продлевается до 4 недель
- продлевается до 14 дней

Дети с определяемой вирусной нагрузкой (на любом этапе её выявления) направляются

- продлевается до 7 дней
- не изменяется
- продлевается до 4 недель
- продлевается до 14 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик (39 недель) у женщины 37 лет, от 3 беременности, 1 своевременных самопроизвольных родов. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Находится в периоде ранней неонатальной адаптации. К груди не приложен в связи с отягощенным анамнезом матери (ВИЧ-инфекция). Масса тела при рождении 3012 г, длина 53 см, окружность головы 35 см. В родильном блоке проведение реанимационных мероприятий не потребовалась. +
Группа крови – АВ (IV) четвертая.

Анамнез заболевания
Группа крови матери В(III) вторая, Rh ({plus}) - положительный. +
Соматический анамнез матери: +
Ветряная оспа, ангина, ОРЗ, ЖКБ, ЧМТ в 10 лет (стац. лечение), гиперметропия слабой степени, ангиопатия сетчатки, хронический тонзиллит, В-20 (узнала в 17 недель данной беременности). +
Гинекологические заболевания матери: Эктопия шейки матки. ВПЧ-носительство.
Акушерский анамнез матери: 1 беременность: медицинский аборт 6 недель по желанию. Оперативные пособия: abrasio cavi uteri, без особенностей. +
2 беременность: медицинский аборт 7 недель по желанию. Оперативные пособия: abrasio cavi uteri, без особенностей. +
3 беременность: данная, наступила самопроизвольно.
Течение беременности: I триместр: 6 недель - ретрохориальная гематома (стац. лечение). Пренатальный скрининг I триместра: норма. II триместр: в 17 недель узнала о В-20. Пренатальный скрининг II триместра: норма. III триместр: Принимает: элевит, йодомарин 200. Консультация инфекциониста-тенофовир/ламивудин/лопинавир/ритонавир
Особенности течения родов: 1 своевременные физиологические роды. Положение плода: продольное. Предлежащая часть: головка. Особенности течения: Хроническая гипоксия плода. Безводный промежуток: 1 ч. 11 мин. Околоплодные воды: светлые. Количество вод умеренное.

Объективный статус

2 часа жизни. +

ЧСС 134 в минуту, ЧД 42 в минуту, t 36,6°С, SpO~2~ 98-100% +

Состояние ребенка удовлетворительное. Согрет. +

На осмотр реагирует повышением двигательной активности. Кричит – крик громкий. Глаза открывает. Мышечный тонус физиологический. Рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме. Кожный покров розовый, чистый, отмечается умеренная общая пастозность. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Остаток пуповины в скобе, обработан. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы, стабильные. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень: {plus}1 см. Селезенка не пальпируется. Стула, мочеиспускания на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- продлевается до 7 дней
- не изменяется
- продлевается до 4 недель
- продлевается до 14 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения ВИЧ-статуса данному ребенку необходимо исследование второго образца крови ребёнка

- продлевается до 7 дней
- не изменяется
- продлевается до 4 недель
- продлевается до 14 дней

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, при получении второго анализа крови методом ПРН на обнаружение РНК/ДНК ВИЧ, можно предположить диагноз

- продлевается до 7 дней
- не изменяется
- продлевается до 4 недель
- продлевается до 14 дней

Диагноз

Учитывая анамнез матери и данные клинико-лабораторных исследований новорожденного, ошибочным будет диагноз

- перинатальный контакт по ВИЧ инфекции Z 20.6
- лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека R 75
- ВИЧ-инфекция B 24
- бессимптомное носительство вируса иммунодефицита человека Z21

Новорождённому ребёнку от ВИЧ-инфицированной матери с целью профилактики в родильном блоке

- проведение профилактических мероприятий не требуется
- показано проведение гигиенической ванны со спиртовым раствором хлоргексидина (2 мл 2% раствора хлоргексидина на 10 литров воды)
- показано проведение гигиенической ванны с водным раствором Хлоргексидина (50 мл 0,25 % раствора хлоргексидина на 10 литров воды)
- показано проведение гигиенической ванны со спиртовым раствором хлоргексидина (50 мл 0,5% раствора хлоргексидина на 10 литров воды)

Грудное вскармливание детей, рождённых ВИЧ-инфицированной матерью

- проводится только при адекватном проведении антиретровирусной терапии матери
- проводится в случае диагностируемой вирусной нагрузке у матери менее 50 копий/мл на фоне интенсивной антиретровирусной терапии
- проводится только при адекватном проведении антиретровирусной терапии матери и ребенка
- категорически не рекомендуется

Учитывая анамнез матери и данные клинико-лабораторных исследований новорожденного, данному ребенку показано проведение

- перинатальной химиопрофилактики по усиленной схеме (тритерапия)
- перинатальной химиопрофилактики по усиленной схеме (дитерапия)
- профилактической антибактериальной терапии сультамициллин ~{plus}~ гентамицин
- перинатальной химиопрофилактики по основной схеме (монотерапия)

Под основной схемой антиретровирусной терапии (монотерапии) понимают назначение ребёнку препарата

- зидовудин (сироп) не позднее 6 часов жизни внутрь по 0,006 г (0,6 мл) (0,004 г (0,4 мл) для недоношенных детей)/кг 2 раза в сутки каждые 12 часов
- ламивудин (сироп) внутрь по 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов не позднее 6 часов жизни
- невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) не позднее 6 часов жизни внутрь 1 раза в сутки каждые 24 часа
- зидовудин (сироп) не позднее 6 часов жизни внутрь по 0,004 г (0,4 мл) (0,002 г (0,2 мл) для недоношенных детей)/кг 2 раза в сутки каждые 12 часов

Под усиленной схемой антиретровирусной терапии понимают

- невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) / кг каждые 24 часа в течение 3-х дней {plus} Ламивудин (сироп) 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 7 дней {plus} Зидовудин (сироп) 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 4 недель
- невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) / кг каждые 24 часа в течение 3-х дней {plus} Зидовудин (сироп) 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 4 недель
- невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) / кг каждые 24 часа в течение 3-х дней {plus} Тенофовир (порошок) 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 7 дней + Зидовудин (сироп) 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 4 недель
- невирапин (суспензия) в дозе 0,002 г (0,2 мл) / кг каждые 24 часа в течение 3-х дней {plus} Ламивудин (сироп) 0,002 г (0,2 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов в течение 7 дней в течение 4 недель

Учитывая анамнез матери, данные клинико-лабораторного обследования новорожденного и терапевтическую тактику, вакцинация против туберкулеза данному ребенку

- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ) при условии перевода на интенсивную схему химиопрофилактики в последующие 3 дня после вакцинации
- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ)
- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М)
- противопоказана

При назначении усиленной схемы 3 этапа профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку срок пребывания ребёнка в родильном отделении

- продлевается до 14 дней
- продлевается до 7 дней
- продлевается до 4 недель
- не изменяется

Дети с определяемой вирусной нагрузкой (на любом этапе её выявления) направляются

- продлевается до 14 дней
- продлевается до 7 дней
- продлевается до 4 недель
- не изменяется

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик у женщины 28 лет, от 2 своевременных физиологических родов. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложен в родзале. Состояние после рождения удовлетворительное. От профилактического введения «Викасола» и вакцинации мать ребенка отказалась. Находился на совместном пребывании с матерью, на грудном вскармливании. В возрасте 30 часов жизни отмечалось появление срыгиваний створоженным содержимым с примесью крови и наличие мелены. +
Группа крови ребенка - АВ (IV) Rh-отрицательный.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери АВ (IV) Rh-отрицательный. +
Соматический анамнез: эпилепсия, постоянно получает противосудорожную терапию. +
Гинекологический анамнез: без особенностей +
Акушерский анамнез: +
1 беременность – неразвивающаяся беременность 5 недель; +
2 беременность – данная: в 1 тр. – токсикоз легкой степени тяжести, пренатальный скрининг 1 триместра – норма; во 2 тр. – на 27 недели, с целью профилактики гемолитической болезни плода и новорожденного, введен антирезусный иммуноглобулин, ОРВИ без повышения температуры, пренатальный скрининг 2 триместра – норма; 3 тр. - анемия, угроза прерывания (хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН)).

Объективный статус
30 часов жизни +
t 36,8°С, ЧД 48 в минуту, ЧСС 148 в минуту. +
Состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет срыгивания гемолизированной кровью в умеренном количестве. Ребенок находится на совместном пребывании с матерью, на грудном вскармливании. Весовая динамика - физиологическая убыль массы тела – 5,5% от веса при рождении. Крик средней силы, глаза открывает. Патологической глазной симптоматики нет. Мышечный тонус умеренно равномерно снижен, при осмотре принимает позу флексии, рефлексы новорожденного вызываются симметрично. Большой родничок не напряжен, не выбухает. Кожа чистая, розовая. Микроциркуляция удовлетворительная. Сохраняется диффузная сухость кожи. Видимые слизистые чистые, розовые. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. Пульсация на периферических сосудах определяется. В легких дыхание проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно вздут, доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стул - мелена. Мочился, моча светлая. Яички пальпируются у выхода из пахового канала с обеих сторон.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- продлевается до 14 дней
- продлевается до 7 дней
- продлевается до 4 недель
- не изменяется

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- продлевается до 14 дней
- продлевается до 7 дней
- продлевается до 4 недель
- не изменяется

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- продлевается до 14 дней
- продлевается до 7 дней
- продлевается до 4 недель
- не изменяется

Диагноз

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить +_____+ форму данного заболевания

- отсроченную
- полостную
- раннюю
- классическую

Фактором риска развития геморрагической болезни новорожденного в данном случае являлся прием матерью

- иммунодепрессантов
- эстрогенов, гестагенов
- противосудорожных препаратов
- антирезусного иммуноглобулина

К препаратам выбора (или комбинации) при лечении геморрагической болезни новорожденных относят

- свежезамороженную плазму {plus} менадиона натрия бисульфит ("Викасол")

- отмытые эритроциты донорской крови
- дицинон
- тромбоконцентрат

К препаратам для лечения витамин-К-дефицитных кровотечений относят

- тромбоконцентрат
- менадиона натрия бисульфит
- криопреципитат
- отмытые эритроциты донорской крови

Профилактическая доза Менадиона натрия бисульфита ("Викасол") для новорожденных составляет +_____+, но не более 4 мг/сутки

- 1-1,5 мг/кг (0,1-0,15 мл/кг) однократно
- 1-1,5 мг/кг/сутки (0,1-0,15 мл/кг/сутки) 2 р/сутки
- 2-2,5 мг/кг (0,2-0,25 мл/кг) однократно
- 2-2,5 мг/кг/сутки (0,2-0,25 мл/кг/сутки) 3 р/сутки

Противопоказанием для профилактического введения Менадиона натрия бисульфит («Викасола»)является

- длительный прием матерью препаратов низкомолекулярного гепарина во время беременности
- кефалогематома
- хроническая гипоксия плода
- гемолитическая болезнь новорожденных

Суточная потребность в витамине К у новорожденных доношенных детей при энтеральном питании

- 200 мкг/сутки
- 10 мкг/кг/сутки
- 2 мкг/кг/сутки
- 80 мкг/кг/сутки

Дополнительная дотация витамина К у новорожденных необходима при

- синдроме мальабсорбции
- омфалоцеле
- фенилкетонурии
- неонатальной желтухе

К витамин К-зависимым факторам свертывания крови относят

- синдроме мальабсорбции
- омфалоцеле

- фенилкетонурии
- неонатальной желтухе

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик 35 недель у женщины 22 лет, от 1 беременности, 1 преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди не приложен из-за проведения санации верхних дыхательных путей. Учитывая состояние новорожденного при рождении, морфофункциональную незрелость, нельзя исключить реализацию срыва адаптации, в связи с чем проводилось динамическое наблюдение в условиях микроклимата кувеза, мониторинг витальных функций, контроль уровня гликемии и гематокрита крови, грудное вскармливание. Показатели витальных функций, глюкозы и гематокрита оставались в пределах референсных значений. С целью профилактики геморрагической болезни новорожденных, ребенку введен 1% р-р менадиона натрия бисульфита («Викасола»). В возрасте 10 часов жизни у ребенка отмечались повторные обильные срыгивания желудочным содержимым с примесью гемолизированной крови.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) Rh-положительный. Соматический анамнез: последнюю неделю перед родами принимала индометацин, ввиду обострения ревматоидного артрита. Гинекологический анамнез: без особенностей. Акушерский анамнез: 1 беременность – неразвивающаяся беременность 5 недель; 2 беременность – данная: в 1 тр. – без особенностей, пренатальный скрининг 1 триместра – норма; во 2 тр. – ОРВИ, пренатальный скрининг 2 триместра – норма; 3 тр. – анемия (принимала пероральный препарат железа), угроза прерывания (хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности.

Объективный статус
10 часов жизни +
t 36,6°С, ЧД 41 в минуту, ЧСС 132 в минуту, SpO~2~ - 98% +
Состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет срыгивания гемолизированной кровью в умеренном количестве. Наблюдается в условиях микроклимата кувеза. Показатели мониторинга витальных функций в пределах нормы. Весовая динамика - физиологическая убыль массы тела – 2,5% от веса при рождении. Крик средней силы, глаза открывает. Патологической глазной симптоматики нет. Мышечный тонус умеренно равномерно снижен, при осмотре принимает позу флексии, рефлексы новорожденного вызываются симметрично, быстро истощаются. Большой родничок не напряжен, не выбухает. Кожа бледно-розового цвета, отмечаются множественные элементы петехиальной сыпи на туловище без существенного нарастания в динамике. Микроциркуляция удовлетворительная. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. Пульсация на периферических сосудах определяется. В легких дыхание проводится

равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно вздут, доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочился, моча светлая. Яички пальпируются у выхода из пахового канала с обеих сторон.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- синдроме мальабсорбции
- омфалоцеле
- фенилкетонурии
- неонатальной желтухе

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- синдроме мальабсорбции
- омфалоцеле
- фенилкетонурии
- неонатальной желтухе

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- синдром проглоченной крови
- геморрагическая болезнь новорожденных
- ДВС-синдром (желудочное кровотечение)
- тробоцитопения

Клинический диагноз у пациента

- синдром проглоченной крови
- геморрагическая болезнь новорожденных
- ДВС-синдром (желудочное кровотечение)
- тробоцитопения

Диагноз

Основной целью терапии геморрагической болезни новорожденных является

- стабилизация гемодинамики
- остановка кровотечения

- своевременная коррекция анемии
- терапия острой сердечной недостаточности

В данном случае развитию геморрагической болезни новорожденного способствовал прием матерью

- фолиевой кислоты
- индометацина
- мальтофера
- аугментина

К препаратам для лечения витамин-К-дефицитных кровотечений относят

- отмытые эритроциты донорской крови
- тромбоконцентрат
- криопреципитат
- менадиона натрия бисульфит

Профилактическая доза Менадиона натрия бисульфита ("Викасол") для новорожденных составляет + + , но не более 4 мг/сутки

- 1-1,5 мг/кг (0,1-0,15 мл/кг) однократно
- 1-1,5 мг/кг/сутки (0,1-0,15 мл/кг/сутки) 2 р/сутки
- 2-2,5 мг/кг/сутки (0,2-0,25 мл/кг/сутки) 3 р/сутки
- 2-2,5 мг/кг (0,2-0,25 мл/кг) однократно

К витамин-К-зависимым факторам свертывания крови относят

- II, VII, IX, X
- II, V, IX, VIII
- I, VI, IX, X
- III, VII, X, XI

Детям с геморрагической болезнью новорожденных в родильном доме вакцинация

- проводится туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ) при условии купирования геморрагического синдрома в первые 12 часов после манифестации
- не проводится
- проводится туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ-М) + вакцинация против вирусного гепатита В
- проводится туберкулёзной аттенуированной для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М)

Тактика ведения данного ребенка на основании полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных заключается в трансфузии

- свежезамороженной плазмы в дозе 10-15 мл/кг

- тромбоконцентрата в дозе 5-10 мл/кг
- отмытых эритроцитов в дозе 10-15 мл/кг
- свежезамороженной плазмы в дозе 20-25 мл/кг

Для исключения синдрома проглоченной крови целесообразно проведение

- свежезамороженной плазмы в дозе 10-15 мл/кг
- тромбоконцентрата в дозе 5-10 мл/кг
- отмытых эритроцитов в дозе 10-15 мл/кг
- свежезамороженной плазмы в дозе 20-25 мл/кг

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка 36 недель у женщины 24 лет, от 1 преждевременных самопроизвольные родов. Оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. К груди приложена в родзале. Состояние после рождения удовлетворительное. Находилась на совместном пребывании с матерью, на исключительно грудном вскармливании. Ранний неонатальный период протекал неосложненно. В гемограмме все показатели в пределах возрастной нормы. За время пребывания в стационаре была проведена вакцинация против вирусного гепатита В и туберкулеза (БЦЖ). Поствакцинальной реакции не отмечалось. От профилактического введения Викасола 1% мать ребенка отказалась.Неонатальный скрининг не взят в связи с ранней выпиской ребенка из стационара (приказ 108 МЗ РФ). Ребенок был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на 4-е сутки жизни. Рекомендации по уходу за новорожденным и кормлению даны.На 12 сутки жизни ребёнок поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), доставлен бригадой СМП. Со слов матери за последние сутки отмечается ухудшение состояние ребенка, выраженная вялость, эпизоды судорог.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери А (II) Rh-положительный. Гинекологический анамнез: без особенностей. Акушерский анамнез: 1 беременность – неразвивающаяся беременность 5 недель; 2 беременность – данная: в 1 тр. – без особенностей, пренатальный скрининг 1 триместра – норма; во 2 тр. – ОРВИ, пренатальный скрининг 2 триместра – норма; 3 тр. – анемия (принимала Мальтофер), угроза прерывания (хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН)).

Объективный статус
12 сутки жизнит 36,7°С, ЧД 48 в минуту, ЧСС 148 в минуту. Состояние ребенка тяжелой степени тяжести, за счет эпизодов тонических судорог. Реакция на осмотр умеренно снижена, при осмотре отмечалось два эпизода тонических судорог на фоне умеренного угнетения. На осмотр реагирует гримасой, минимальным криком с быстрым истощением. Глаза открывает, при нагрузке отмечается вертикальный нистагм. Менингеальные

симптомы не выявлены. Мышечный тонус умеренно снижен, рефлексы физиологические, быстро истощаемы. Весовая динамика – положительная от веса при рождении. Большой родничок не напряжен, не выбухает. Менингеальные симптомы – отрицательные. Кожа чистая, иктеричная 2 степени по Крамеру на бледно-розовом фоне. Зев спокоен. Микроциркуляция удовлетворительная. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. Пульсация на периферических сосудах определяется. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание проводится равномерно по всем легочным полям, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно вздут, доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочился, моча светлая. Яички пальпируются у выхода из пахового канала с обеих сторон.
По CITO взят: клинический анализ крови
[cols="^25%,^25%"]
|====
| Лейкоциты / WBC | 9.70
| Эритроциты / RBC | 4,2
| Гемоглобин / HGB | 104
| Гематокрит / HCT | 0.34
| Тромбоциты | 256
| Палочкоядерные % | 3
| Сегментоядерные% | 33
| Эозинофилы % | 3
| Лимфоциты % | 56
| Моноциты % | 5
|====
Биохимический анализ крови: С-реактивный белок - 1,29 мг/л – отрицательный, +
Уровень глюкозы капиллярной крови 3,2 ммоль/л, +
При цитологическом исследовании ликвора: данных за течения инфекционного процесса не получено.

Для постановки диагноза необходимым лабораторным методом обследования является

- свежезамороженной плазмы в дозе 10-15 мл/кг
- тромбоконцентрата в дозе 5-10 мл/кг
- отмытых эритроцитов в дозе 10-15 мл/кг
- свежезамороженной плазмы в дозе 20-25 мл/кг

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- свежезамороженной плазмы в дозе 10-15 мл/кг
- тромбоконцентрата в дозе 5-10 мл/кг
- отмытых эритроцитов в дозе 10-15 мл/кг
- свежезамороженной плазмы в дозе 20-25 мл/кг

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- свежезамороженной плазмы в дозе 10-15 мл/кг
- тромбоконцентрата в дозе 5-10 мл/кг
- отмытых эритроцитов в дозе 10-15 мл/кг
- свежезамороженной плазмы в дозе 20-25 мл/кг

Диагноз

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить +_____+ форму данного заболевания

- раннюю
- классическую
- отсроченную
- смешанную

Основной целью терапии геморрагической болезни новорожденных является

- терапия неонатальной желтухи недоношенных
- стабилизация гемодинамики
- остановка кровотечения
- коррекция анемии

Факторами риска развития геморрагической болезни новорожденного в данном случае можно считать

- недоношенность, исключительно грудное вскармливание, отсутствие профилактического введения витамина К сразу после рождения
- недоношенность, задержку внутриутробного развития, неонатальную желтуху
- роды путем операции Кесарево сечение, неонатальную желтуху
- недоношенность, хроническую гипоксию плода и асфиксию при рождении

К препаратам выбора (или комбинации) при лечении геморрагической болезни новорожденных относят

- дицинон
- тромбоконцентрат {plus} свежезамороженная плазма
- отмытые эритроциты донорской крови

- свежезамороженную плазму {plus} менадиона натрия бисульфит ("Викасол")

Витамин К активирует +_____+ факторы свертываемости крови

- III, VII, X, XI
- I, VI, IX, X
- II, V, IX, VIII
- II, VII, IX, X

Дозировка Менадиона натрия бисульфита ("Викасол") для новорожденных составляет +_____+ , но не более 4 мг/сутки

- 1-1,5 мг/кг (0,1-0,15 мл/кг) однократно
- 2-2,5 мг/кг (0,2-0,25 мл/кг) однократно
- 1-1,5 мг/кг/сутки (0,1-0,15 мл/кг/сутки) 2 р/сутки
- 2-2,5 мг/кг/сутки (0,2-0,25 мл/кг/сутки) 3 р/сутки

Диагностика скрытого дефицита витамина К проводится путем определения

- показателя PIVKA I
- антипротеаз С и S плазмы
- факторов свертываемости крови II, VII, IX, X
- показателя PIVKA II

Определение PIVKA II в крови

- является основным критерием диагностики геморрагической болезни новорожденных
- учитывается только совместно с гемостазиограммой
- не является критерием диагностики дефицита витамина К
- является критерием диагностики скрытого дефицита витамина К

Суточная потребность в витамине К у новорожденных доношенных детей при энтеральном питании составляет +____+ мкг/кг/сутки

- является основным критерием диагностики геморрагической болезни новорожденных
- учитывается только совместно с гемостазиограммой
- не является критерием диагностики дефицита витамина К
- является критерием диагностики скрытого дефицита витамина К

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Доношенный мальчик у женщины 21 года, от 1 беременности, от 1 своевременных физиологичных родов, сроком гестации 39 недель, массой тела 3680 г, длиной 54 см,

окружностью головы 34 см. При рождении ребёнок оценён на 8/9 баллов по шкале Апгар. Закричал сразу, проведение реанимационных мероприятий не потребовалось, к груди был приложен в родильном зале. В род. блоке проводилось определение группы крови экспресс-методом – группа крови ребёнка АВ(IV) четвертая.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери В(III) третья, Rh-отрицательный. +
Гинекологические анамнез матери: миомэктомия в 2017 году +
Акушерский анамнез матери: I триместр: токсикоз, угроза прерывания, стационарное лечение в АО с положительным эффектом. II триместр: пищевое отравление в 21 недель, анемия. III триместр – без особенностей.

Объективный статус
3 суток жизни +
t 36,7°С, ЧД 40 в минуту, ЧСС 144 в минуту. +
Состояние ребенка с отрицательной динамикой, средней степени тяжести, отмечается выраженное пищевое возбуждение, потеря от первоначальной массы тела 13,1%, масса тела (на данный момент 3202г). На осмотр реакция адекватная. Крик — громкий. Вскармливание естественное. Сосет активно, не срыгивает. Мышечный тонус и рефлексы – в норме. Кожа - иктеричная до 5 зоны по Крамеру, чистая, сухая. Отделяемого из глаз нет. Конъюнктива глаз не гиперемирована. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. +
Печень и селезенка не увеличены. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочился. +
У матери отмечается гипогалактия. Мать ребенка категорически отказывается от применения докорма адаптированной молочной смесью. При проведении контрольного вскармливания из груди матери высасывает не более 1,0-3,0 мл молока. +
Проведено определение группы крови, уровня Bi пуповинной крови и иммунологических проб: +
Группа крови ребенка АВ (IV) Rh – положительный; +
Bi пуповинной крови – 29,6 мкмоль/л; +
Иммунологические пробы отрицательные.

<u>К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят</u>

- является основным критерием диагностики геморрагической болезни новорожденных
- учитывается только совместно с гемостазиограммой
- не является критерием диагностики дефицита витамина К
- является критерием диагностики скрытого дефицита витамина К

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относят

- является основным критерием диагностики геморрагической болезни новорожденных
- учитывается только совместно с гемостазиограммой
- не является критерием диагностики дефицита витамина К
- является критерием диагностики скрытого дефицита витамина К

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- является основным критерием диагностики геморрагической болезни новорожденных
- учитывается только совместно с гемостазиограммой
- не является критерием диагностики дефицита витамина К
- является критерием диагностики скрытого дефицита витамина К

Диагноз

Дифференциальную диагностику неонатальной желтухи следует проводить с желтухой, обусловленной

- наследственными нарушениями конъюгации билирубина
- синдромом Алажилля
- лекарственным гепатитом
- инфекцией, специфической для перинатального периода

Показанием для проведения фототерапии у данного ребенка является уровень общего билирубина крови выше +____+ мкмоль/л

- 260
- 51
- 310
- 220

Контроль уровня билирубина показан каждые +_____+ часа(-ов) после начала фототерапии

- 2
- 6
- 3
- 12

При контроле в возрасте 4 суток жизни уровень общего билирубина составил 240 мкмоль/л; гемоглобина – 159 г/л; гематокрита – 58%. Тактика дальнейшего ведения ребенка заключается в

- прекращении фототерапии и контроле билирубина венозной крови через 12 часов
- наблюдении и измерении билирубина венозной крови и гемоглобина через 6 часов. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- наблюдении и измерении непрямого билирубина и гемоглобина капиллярной крови через 3 часа. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- подготовке и проведении операции заменного переливания крови

Для заменного переливания крови используют

- донорские эритроцитсодержащие компоненты со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента
- препарат свежезамороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной
- цельную кровь со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента
- эритроцитсодержащий компонент, изготовленный из крови отца с учетом положительных результатов теста на индивидуальную совместимость

Полный комплекс компонентов крови и лекарственных препаратов, необходимых для проведения операции заменного переливания крови включает

- эритроцитарную массу, альбумин 10%,10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5 % глюкозы
- препарат свежезамороженной плазмы инактивированной, глюкозу 10%, эритроцитарную массу
- отмытые эритроциты, свежезамороженную плазму, 5% глюкозу
- эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы

Биохимический анализ крови, с целью контроля эффективности операции заменного переливания крови (ОЗПК), проводится через +_____+ часа(-ов) после операции

- 6
- 24
- 3
- 12

Наиболее грозным осложнением некоррегированной гипербилирубинемии является

- синдром бронзового ребенка
- анемия
- билирубиновая энцефалопатия
- гепатоспленомегалия

О безусловной эффективности операции заменного переливания крови к концу операции свидетельствует

- синдром бронзового ребенка
- анемия
- билирубиновая энцефалопатия
- гепатоспленомегалия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенная девочка у женщины 40 лет, от 2 беременности, от 1 своевременных оперативных родов путем операции кесарево сечение, сроком гестации 39 недель, массой тела 3250 г, длиной 52 см, окружностью головы 32 см. При рождении оценка по шкале Апгар составила 8/9 баллов. Закричал сразу, проведение реанимационных мероприятий не потребовалось, к груди была приложена в родильном зале. В род. блоке проводилось определение группы крови экспресс-методом – группа крови ребёнка А(II) вторая. Проведено определение группы крови, уровня Bi пуповинной крови и иммунологических проб: Группа крови ребенка А(II) Rh – отрицательный; Bi пуповинной крови – 40,5 мкмоль/л; Иммунологические пробы отрицательные. +
На 4 сутки жизни: ребенок находится на грудном вскармливании, кожа иктеричная до 4 зоны по Крамеру, показатели транкутанного уровня билирубина (ТКБ) 290/310 мкмоль/л, чистая, сухая. Проведен контроль уровня билирубина венозной крови- уровень общего билирубина составил 296 мкмоль/л, показаний для проведения фототерапии нет, продолжено наблюдение в динамике. +
Учитывая состояние матери в послеродовом периоде (рецидив инфекции мочевыводящих путей, прием Цефуроксима), ребенок переведен на вскармливание адаптированной молочной смесью. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочилась. +
На 5 сутки жизни отмечается снижение иктеричности кожных покровов до 3-4 зоны по Крамеру, ТКБ 140/180 мкмоль/л. +
С 6 суток матери отменена антибактериальная терапия, возобновлено грудное вскармливание.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О(I) первая, Rh - отрицательный. +
Гинекологические анамнез матери: миомэктомия в 2017 году +
Акушерский анамнез матери: I триместр: токсикоз, угроза прерывания, стационарное

лечение в АО с положительным эффектом, обострение хронического цистита. II триместр: анемия, обострение хронического цистита. III триместр – без особенностей.

Объективный статус
7 сутки жизни +
t 36,7°С, ЧД 48 в минуту, ЧСС 144 в минуту. +
Состояние ребенка удовлетворительное. На осмотр реакция адекватная. Крик — громкий. Возобновлено естественное вскармливание. Сосет активно, не срыгивает. +
Динамика веса – 6,1% потеря массы тела от веса при рождении, за последние сутки динамика веса положительная {plus}30 г. +
Мышечный тонус и рефлексы физиологические. Отмечается нарастание иктеричности до 5 зоны по Крамеру, чистая. Отделяемого из глаз нет. Конъюнктива глаз не гиперемирована. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень и селезенка не увеличены. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стул желтый, регулярный. Ребенок мочился.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- синдром бронзового ребенка
- анемия
- билирубиновая энцефалопатия
- гепатоспленомегалия

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относят

- синдром бронзового ребенка
- анемия
- билирубиновая энцефалопатия
- гепатоспленомегалия

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- синдром бронзового ребенка
- анемия
- билирубиновая энцефалопатия
- гепатоспленомегалия

Диагноз

Дифференциальную диагностику неонатальной желтухи следует проводить с желтухой, обусловленной

- наследственными нарушениями конъюгации билирубина
- инфекцией, специфической для перинатального периода
- нарушением конъюгации, связанным с побочным действием лекарственных препаратов
- синдромом Алажиля

Показанием для проведения фототерапии у данного ребенка является уровень общего билирубина крови выше +___+ мкмоль/л

- 200
- 286
- 370
- 51

При необходимости проведения фототерапии, контроль уровня билирубина показан каждые +_____+ часа(-ов) после начала фототерапии

- 3
- 6
- 2
- 12

При контроле через 12 часов от начала фототерапии, уровень общего билирубина составил 240 мкмоль/л. Тактика дальнейшего ведения ребенка заключается в

- наблюдении и измерении билирубина венозной крови и гемоглобина через 6 часов. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- наблюдении и измерении непрямого билирубина и гемоглобина капиллярной крови через 3 часа. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- прекращении фототерапии и контроле билирубина венозной крови через 12 часов
- подготовке и проведении операции заменного переливания крови

Для заменного переливания крови используют

- донорские эритроцит-содержащие компоненты со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента и свежезамороженную плазму из соотношения 2:1

- эритроцитсодержащий компонент, изготовленный из крови отца с учетом положительных результатов теста на индивидуальную совместимость
- цельную кровь со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента
- препарат свежезамороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной

Полный комплекс компонентов крови и лекарственных препаратов, необходимых для проведения операции заменного переливания крови включает

- эритроцитарную массу, 10% раствор глюконата кальция, глюкозу 10%
- эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы
- препарат свежезамороженной плазмы инактивированной, 10% глюкозу, 20% альбумин человеческий
- отмытые эритроциты, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 40% глюкозы

Биохимический анализ крови, с целью контроля эффективности фототерапии, проводится через +____+ часа(-ов) после начала фототерапии

- 12
- 3
- 24
- 6

Наиболее грозным осложнением некоррегированной гипербилирубинемии является

- гепатоспленомегалия
- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- анемия

О безусловной эффективности операции заменного переливания крови к концу операции свидетельствует

- гепатоспленомегалия
- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- анемия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенный мальчик у женщины 35 лет, от 1 беременности, от 1 преждевременных

оперативных родов путем операции кесарева сечения, сроком гестации 36 недель 4 дня, массой тела 2170 г, длиной 49 см, окружностью головы 31 см. При рождении ребёнок оценён на 8/8 баллов по шкале Апгар. Закричал сразу, проведение реанимационных мероприятий не потребовалось, к груди был приложен в родильном зале. В род. блоке проводилось определение группы крови экспресс-методом – группа крови ребёнка 0(I) первая. Проведено определение группы крови: группа крови ребенка 0 (I) Rh – положительный.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери О(I) первая, Rh - положительный. +
Гинекологические анамнез матери: бактериальный вагиноз, миома матки в устье шейки +
Акушерский анамнез матери: I триместр: токсикоз, угроза прерывания, стационарное лечение в АО с положительным эффектом. II триместр: пищевое отравление в 17 недель, анемия. III триместр - без особенностей.

Объективный статус
2 суток 10 часов жизни +
t 36,7°С, ЧД 40 в минуту, ЧСС 140 в минуту. +
Наблюдается в условиях микроклимата кувеза. Состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет нарастания иктеричности кожных покровов. На осмотр реакция адекватная. Крик — громкий. Вскармливание естественное. Сосет активно, не срыгивает. Мышечный тонус и рефлексы – умерено снижены. Кожа - иктеричная до 3-4 зон по Крамеру чистая. Отделяемого из глаз нет. Конъюнктива глаз не гиперемирована. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. Носовое дыхание свободное отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень и селезенка не увеличены. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стул переходный, регулярный. Мочился.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- гепатоспленомегалия
- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- анемия

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относят

- гепатоспленомегалия
- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- анемия

Результаты инструментального метода обследования

<u>На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз</u>

- гепатоспленомегалия
- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- анемия

Диагноз

<u>Дифференциальную диагностику неонатальной желтухи следует проводить с желтухой, обусловленной</u>

- лекарственным гепатитом
- грудным вскармливанием
- инфекцией, специфической для перинатального периода
- синдромом Алажиля

<u>Показанием для проведения фототерапии у данного ребенка является уровень общего билирубина крови +___+ мкмоль/л</u>

- 200
- 51
- 210
- 160

<u>Контроль уровня билирубина показан каждые +_____+ часа(-ов) после начала фототерапии</u>

- 2
- 3
- 6
- 12

<u>При контроле в возрасте 3 суток жизни уровень общего билирубина составил 365 мкмоль/л; гемоглобина – 183 г/л; гематокрита – 57%. Тактика дальнейшего ведения ребенка заключается в</u>

- подготовке и проведении операции заменного переливания крови
- наблюдении и измерении билирубина венозной крови и гемоглобина через 12 часов. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- наблюдении, проведения интенсивной фототерапии и измерении билирубина венозной крови и гемоглобина через 6 часов. Ввиду высокой вероятности

проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- наблюдении и измерении непрямого билирубина и гемоглобина капиллярной крови через 3 часа. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина

Для заменного переливания крови используются

- препарат свежезамороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной
- цельную кровь со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента
- эритроцитсодержащий компонент, изготовленный из крови отца с учетом положительных результатов теста на индивидуальную совместимость
- донорские эритроцитсодержащие компоненты со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента и свежезамороженную плазму из соотношения 2:1

Полный комплекс компонентов крови и лекарственных препаратов, необходимых для проведения операции заменного переливания крови включает

- отмытые эритроциты, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 40% глюкозы
- препарат свежезамороженной плазмы инактивированной, альбумин человеческий 20%, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы
- 10% раствор глюконата кальция или 10% раствора хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы, эритроцитарную массу, 10% глюкозу
- эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы

Биохимический анализ крови, с целью контроля эффективности операции заменного переливания крови, проводится через +_____+ часа(-ов) после операции

- 24
- 3
- 12
- 6

Наиболее грозным осложнением некоррегированной гипербилирубинемии является

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- синдром бронзового ребенка

- гепатоспленомегалия

О безусловной эффективности операции заменного переливания крови к концу операции свидетельствует

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- синдром бронзового ребенка
- гепатоспленомегалия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка у женщины 20 лет, от 1 беременности, от 1 преждевременных оперативных родов путем операции кесарева сечения, сроком гестации 36 недель, массой тела 2308 г, длиной 49 см, окружностью головы 33 см. +
При рождении ребёнок оценён на 7/8 баллов по шкале Апгар. Закричала сразу, проведение реанимационных мероприятий не потребовалось. К груди была приложена в родильном зале. В род. блоке проводилось определение группы крови экспресс-методом – группа крови ребёнка B(III) третья. +
Учитывая признаки морфо-функциональной незрелости, термолабильность у недоношенной девочки, после рождения состояние расценивалось как средней степени тяжести. Ребенку показано наблюдение в условиях микроклимата кювеза, мониторинг витальных функций. +
Проведено определение группы крови, уровня Bi пуповинной крови и иммунологических проб: +
Группа крови ребенка B (III) Rh – положительный; +
Bi пуповинной крови – 35.0 мкмоль/л; +
Иммунологические пробы (проба Кумбса) отрицательные.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B(III) третья, Rh-отрицательный. +
Гинекологические анамнез матери: бактериальный вагиноз, миома матки в устье шейки. +
Акушерский анамнез матери: I триместр: токсикоз, угроза прерывания, стационарное лечение в АО с положительным эффектом. II триместр: пищевое отравление в 17 недель, анемия. III триместр - без особенностей.

Объективный статус
2 суток 12 часов жизни +
t 36,7°C, ЧД 40 в минуту, ЧСС 140 в минуту. +
Масса тела 2102 г Общая потеря веса 206г (- 8,9 % от веса при рождении) +
Находится на совместном пребывании с матерью. Состояние ребенка с отрицательной динамикой, средней степени тяжести за счет нарастания иктеричности кожных покровов.

На осмотр реакция адекватная. Крик — громкий. На грудном вскармливании, докармливается материнским сцеженным молоком до 20 мл. Сосет активно, не срыгивает. Мышечный тонус и рефлексы – умерено снижены. Кожа – иктеричная до 3 зоны по Крамеру, чистая, сухая. Отделяемого из глаз нет. Конъюнктива глаз не гиперемирована. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. Носовое дыхание свободное отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень и селезенка не увеличены. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочилась.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- синдром бронзового ребенка
- гепатоспленомегалия

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относят

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- синдром бронзового ребенка
- гепатоспленомегалия

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- синдром бронзового ребенка
- гепатоспленомегалия

Диагноз

Дифференциальную диагностику неонатальной желтухи следует проводить с желтухой, обусловленной

- грудным вскармливанием

- инфекцией, специфической для перинатального периода
- лекарственным гепатитом
- синдромом Алажиля

Показанием для проведения фототерапии у данного ребенка является уровень общего билирубина крови +___+ мкмоль/л

- 156
- 250
- 51
- 160

Контроль уровня билирубина показан каждые +_____+ часа(-ов) после начала фототерапии

- 2
- 12
- 6
- 3

Показанием для операции заменного переливания крови у данного пациента послужит уровень общего билирубина венозной крови более +____+ мкмоль/л

- 340
- 200
- 300
- 256

Для заменного переливания крови используют

- эритроцитсодержащий компонент, изготовленный из крови отца с учетом положительных результатов теста на индивидуальную совместимость
- цельную кровь со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента
- препарат свежезамороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной
- донорские эритроцитсодержащие компоненты со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента и свежезамороженную плазму из соотношения 2:1

Полный комплекс компонентов крови и лекарственных препаратов, необходимых для проведения операции заменного переливания крови включает

- 10% раствор глюконата кальция или 10% раствора хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы
- препарат свежезамороженной плазмы инактивированной

- отмытые эритроциты, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 40% глюкозы
- эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы

Биохимический анализ крови, с целью контроля эффективности операции заменного переливания крови, проводится через +_____+ часа(-ов) после операции

- 12
- 3
- 24
- 6

Наиболее грозным осложнением некорригированной гипербилирубинемии является

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- гепатоспленомегалия
- синдром бронзового ребенка

О безусловной эффективности операции заменного переливания крови к концу операции свидетельствует

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- гепатоспленомегалия
- синдром бронзового ребенка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Доношенный мальчик у женщины 43 лет, от 5 беременности, от 3 своевременных физиологических родов, сроком гестации 38 недель, массой тела 2963 г, длиной 51 см, окружностью головы 34 см. В интранатальном периоде отмечалось излитие околоплодных вод мекониального характера. При рождении ребёнок оценён на 8/9 баллов по шкале Апгар. Закричал сразу, проведение реанимационных мероприятий не потребовалось, к груди был приложен в родильном зале. В род. блоке проводилось определение группы крови экспресс-методом – группа крови ребёнка B(III) третья.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери B(III) третья, Rh- положительная. +
Гинекологические анамнез матери: 2010 год- диатермокоагуляция шейки матки (эктопия шейки матки), лейкоплакия шейки матки, биопсия шейки матки марте 2016- проводилась

терапия, повторная кольпоскопия в апреле 2016 - норма. +
Акушерский анамнез матери: 1996 год - своевременные самопроизвольные роды девочка 3300/52, без особенностей; 2001 год - своевременные самопроизвольные роды девочка 3500/53, девочка без особенностей; 2003 год - медицинский аборт на 9-10 неделе, abrasio cavi uteri; 2010 год - медицинский аборт на 8-7 неделе, abrasio cavi uteri; + 2017 год - данная беременность, наступила в программе ЭКО (криоцикл), 1-я попытка: I триместр: токсикоз, угроза прерывания, стационарное лечение в АО с положительным эффектом. II триместр: пищевое отравление в 17 недель, анемия. III триместр - без особенностей

Объективный статус
2 суток 3 часа жизни +
t 36,7°С, ЧД 40 в минуту, ЧСС 132 в минуту. +
Состояние ребенка с отрицательной динамикой, средней степени тяжести за счет нарастания иктеричности кожных покровов. На осмотр реакция адекватная. Крик — громкий. Вскармливание естественное. Сосет активно, не срыгивает. Мышечный тонус и рефлексы - физиологические. Кожа - иктеричная до 4 зоны по Крамеру, чистая, сухая. Сохраняется отечность век с обеих сторон. Отделяемого из глаз нет. Конъюнктива глаз не гиперемирована. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульсация на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. Носовое дыхание свободное отделяемого из носовых ходов нет. В легких дыхание проводится во все отделы равномерно - пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, доступен пальпации. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень и селезенка не увеличены. Пуповинный остаток в скобе. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Стула при осмотре не было. Мочился.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- гепатоспленомегалия
- синдром бронзового ребенка

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относят

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- гепатоспленомегалия
- синдром бронзового ребенка

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных анамнеза и полученных результатов обследования можно предположить диагноз

- билирубиновая энцефалопатия
- анемия
- гепатоспленомегалия
- синдром бронзового ребенка

Диагноз

Дифференциальную диагностику конъюгационной желтухи следует проводить с желтухой, обусловленной

- чрезмерным гемолизом
- инфекцией, специфической для перинатального периода
- механической желтухой
- лекарственным гепатитом

Показанием для проведения фототерапии у данного ребенка является уровень общего билирубина крови +_____+ мкмоль/л

- 51
- 360
- 240
- 200

Контроль уровня билирубина показан каждые +_____+ часа(-ов) после начала фототерапии

- 6
- 12
- 2
- 3

При контроле в возрасте 3 суток жизни уровень общего билирубина составил 435 мкмоль/л; гемоглобина – 165 г/л; гематокрита – 55%. Тактика дальнейшего ведения ребенка заключается в проведении фототерапии

- наблюдении и измерении непрямого билирубина и гемоглобина капиллярной крови через 3 часа. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина
- подготовке и проведении операции заменного переливания крови
- наблюдении и измерении билирубина венозной крови и гемоглобина через 12 часов. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина

- наблюдении и измерении билирубина венозной крови и гемоглобина через 6 часов. Ввиду высокой вероятности проведения операции заменного переливания крови, решением консилиума врачей может быть рекомендовано введение иммуноглобулина

Для заменного переливания крови используют

- эритроцитсодержащий компонент, изготовленный из крови отца с учетом положительных результатов теста на индивидуальную совместимость
- цельную кровь со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента
- препарат свежезамороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной
- донорские эритроцитсодержащие компоненты со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента и свежезамороженную плазму в соотношении 2:1

Полный комплекс компонентов крови и лекарственных препаратов, необходимых для проведения операции заменного переливания крови включает

- отмытые эритроциты, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 40 % глюкозы
- 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5 % глюкозы
- эритроцитарную массу, свежезамороженную плазму, 10% раствор глюконата кальция или 10% раствор хлористого кальция, предварительно разведенные в 5,0 мл 5% глюкозы
- препарат свежезамороженной плазмы инактивированной

Биохимический анализ крови, с целью контроля эффективности операции заменного переливания крови, проводится через +_____+ часа(-ов) после операции

- 24
- 12
- 3
- 6

Наиболее грозным осложнением некоррегированной гипербилирубинемии является

- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- гепатобиллиарная недостаточность
- гепатоспленомегалия

О безусловной эффективности операции заменного переливания крови к концу операции свидетельствует

- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- гепатобиллиарная недостаточность
- гепатоспленомегалия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 62 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; некротизирующий энтероколит 2 стадии; гипербилирубинемия недоношенных; неонатальный холестаз; анемия недоношенных; бронхолегочная дисплазия, средне-тяжелое течение; малый размер плода для гестационного возраста; экстремально низкая масса тела при рождении; недоношенность 28 недель.

Анамнез заболевания
Недоношенная девочка родилась у матери 37 лет на 28 неделе гестации. При рождении: масса тела 700 г, рост 31 см. Оценка по шкале Апгар 2/6. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: интубация трахеи, ИВЛ, введение препарата сурфактанта. +
Из родильного зала переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находилась в течение 62 суток. Энтеральное питание начато с 12 часов жизни специализированной смесью для недоношенных детей. В связи с дисфункцией желудочно-кишечного тракта энтеральное питание увеличивалось медленно. На 23 сутки жизни объем энтерального питания составил 90 мл/кг/сутки. На 24 сутки жизни развился некротизирующий энтероколит 2 стадии, энтеральное питание было отменено. Проводилось парентеральное питание с включением рекомендованных доз витаминов. С 35 суток жизни энтеральное питание возобновлено смесью с высоким гидролизом белка. К 47 суткам ребенок переведен на полное энтеральное питание и начато введение специализированной смеси для недоношенных детей. Проведен курс дексаметазона по поводу бронхо-легочной дисплазии. В биохимических анализах крови обращала внимание персистирующая гипофосфатемия, эпизоды гиперкальциемии, повышение уровня щелочной фосфатазы.

Соматический анамнез матери
Хронический пиелонефрит

Гинекологический и акушерский анамнез матери
1 беременность – роды в срок, 2 беременность - настоящая. +
Течение данной беременности: 1, 2 триместры - плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, преэклампсия. +
Роды: 2-е, путем кесарева сечения на сроке 28 недель, в связи с преэклампсией, нарушением фето-плацентарного кровотока.

Объективный статус
Возраст 65 сутки жизни. Масса тела 1850г. Находится в кювезе. Получает дополнительный

кислород через маску. Вскармливается специализированной смесью «После выписки» через зонд, питание усваивает. Кожные покровы субиктеричные с зеленоватым оттенком. Отмечается втяжение межреберий на вдохе, выражена Гаррисонова борозда, выступающие лобные и теменные бугры. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень {plus}2 см, селезенка {plus}0,5 см из-под края реберной дуги. Стул, диурез в норме. +
Ребенок при осмотре очень беспокойный, крик болезненный, болезненная реакция на прикосновения и смену положения тела. Наблюдается увеличение в размере окружности левого бедра (отек), болезненность при движениях.

К необходимым лабораторным методам для постановки диагноза относят

- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- гепатобиллиарная недостаточность
- гепатоспленомегалия

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом для установления диагноза является

- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- гепатобиллиарная недостаточность
- гепатоспленомегалия

Результаты инструментального метода обследования

Ребенку показано дополнительное исследование

- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- гепатобиллиарная недостаточность
- гепатоспленомегалия

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- билирубиновая энцефалопатия
- синдром бронзового ребенка
- гепатобиллиарная недостаточность
- гепатоспленомегалия

Диагноз

Для лечения перелома бедра ребенку рекомендуется

- иммобилизация левой ноги
- хирургический метод лечения
- специальное пеленание ног
- вытяжение левой нижней конечности

Для вскармливания ребенку рекомендуется

- молочная смесь с высоко гидролизованным белком
- молочная смесь на основе аминокислот
- специализированная молочная смесь для недоношенных
- специализированная смесь для недоношенных детей «После выписки»

Ребенку показано назначение витамина D в диапазоне +_____+ ЕД/сутки

- 400-500
- 6000-7000
- 600-700
- 800-5000

У ребенка повышена потребность

- в калии и хлоре
- в фосфоре и кальции
- только в кальции
- только в фосфоре

Для лечения остеопении недоношенных важно учитывать уровень

- нитритов в моче
- кальция и фосфора в моче
- натрия и хлора в крови
- калия и хлора в крови

К факторам риска развития метаболической болезни костей недоношенных относится

- неонатальная пневмония
- лечение препаратами карнитина
- экстремально низкая масса тела
- повышенная двигательная активность

Недоношенным детям с остеопенией не рекомендуется рутинное назначение высоких доз витамина D, так как витамин D

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных

- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей

<u>При нормальном уровне 25(OH)D в крови у ребенка не рекомендуется повышать суточную дозу витамина D выше +____+ МЕ</u>

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 52 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; гемодинамически значимый открытый артериальный проток; некротизирующий энтероколит 1 стадии; гипербилирубинемия недоношенных; неонатальный холестаз; анемия недоношенных; неонатальные судороги; желудочное кровотечение; бронхолегочная дисплазия, легкая степень; малый размер плода для гестационного возраста; экстремально низкая масса тела при рождении; недоношенность 29 недель.

Анамнез заболевания

Недоношенный мальчик родился у матери 40 лет на 29 неделе гестации. При рождении: масса тела 850 г, рост 33 см, окружность головы 26 см. Оценка по шкале Апгар 3/6. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: интубация трахеи, ИВЛ, введение препарата сурфактанта. +

Из родильного зала переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находился в течение 52 суток. Энтеральное питание начато с 3,5 часов жизни специализированной смесью для недоношенных детей. +

На 4 сутки жизни установлен диагноз: некротизирующий энтероколит 1 стадии, энтеральное питание отменено. В дальнейшем предпринимались неоднократные попытки начать энтеральное питание, однако, при этом нарастали явления дискинезии ЖКТ, отмечалось несколько эпизодов кровотечения из желудка, в связи с чем, расширить объем энтерального питания до 26 суток жизни не получалось. Проводилось парентеральное питание с включением рекомендованных доз витаминов. По подозрению на порок развития кишечника ребенку проведена ирригография: патологических изменений не выявлено. С 26 суток жизни энтеральную нагрузку удалось постепенно начать расширять. К 45 суткам ребенок переведен на полное энтеральное питание грудным молоком. В биохимических анализах крови обращала внимание персистирующая гипофосфатемия, эпизоды гиперкальциемии и гипокальциемии, повышение уровня щелочной фосфатазы.

Соматический анамнез матери

Хроническая артериальная гипертензия

Гинекологический и акушерский анамнез матери

1 беременность – роды в срок, 2 беременность – медицинский аборт, 3 беременность - настоящая. +

Течение данной беременности: 1, 2 триместры - плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, преэклампсия. +

Роды: 2-е, путем кесарева сечения на сроке 29 недель, в связи с преэклампсией.

Объективный статус

Возраст 63 сутки жизни. Масса тела 2200г. Находится в кроватке. Вскармливается грудным молоком. Сосет из соски, докармливается через зонд, питание усваивает. +

Кожные покровы субиктеричные с зеленоватым оттенком. Отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе, выражена Гаррисонова борозда. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме. +

Ребенок при осмотре очень беспокойный, крик болезненный, болезненная реакция на прикосновения и смену положения тела. Наблюдается увеличение в размере окружности левого бедра (отек), болезненность при движениях.

К необходимым лабораторным методам для постановки диагноза относят

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом для установления диагноза является

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей

Результаты инструментального метода обследования

Ребенку показано дополнительное исследование

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, клинический диагноз

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей

Диагноз

Для лечения перелома бедра ребенку показана/показано

- хирургическое лечение
- массаж левой нижней конечности
- вытяжение левой нижней конечности
- иммобилизация левой нижней конечности

Для вскармливания ребенку рекомендуется

- адаптированная молочная смесь с высоко гидролизованным белком
- специализированная смесь для недоношенных детей с содержанием белка ≥2,8 г/100 мл
- сцеженное грудное молоко
- грудное молоко с обогатителем

Ребенку показано назначение витамина D в диапазоне + _____ + ЕД/сут

- 500-800
- 400-500
- 6000-9000
- 800-5000

У ребенка с остеопенией недоношенных повышена потребность

- только в фосфоре
- в фосфоре и кальции
- только в калии
- только в кальции

При лечении остеопении недоношенных важно учитывать уровень

- нитритов в моче
- кальция и фосфора в моче
- натрия в крови
- калия в крови

К факторам риска развития метаболической болезни костей недоношенных относится

- экстремально низкая масса тела при рождении
- врожденная пневмония
- лечение препаратами карнитина

- повышенная двигательная активность

Недоношенным детям с остеопенией не рекомендуется рутинное назначение высоких доз витамина D, так как витамин D

- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора при остеопении недоношенных
- не улучшает минерализацию костей
- плохо всасывается у недоношенных детей

При нормальном уровне 25(OH)D в крови у ребенка не рекомендуется повышать суточную дозу витамина D выше +____+ МЕ

- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора при остеопении недоношенных
- не улучшает минерализацию костей
- плохо всасывается у недоношенных детей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 52 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; гемодинамически значимый открытый артериальный проток; некротизирующий энтероколит 1 стадии; гипербилирубинемия недоношенных; неонатальный холестаз; анемия недоношенных; неонатальные судороги; желудочное кровотечение; бронхолегочная дисплазия, легкая степень; малый размер плода для гестационного возраста; экстремально низкая масса тела при рождении; недоношенность 29 недель.

Анамнез заболевания

Недоношенный мальчик родился у матери 40 лет на 29 неделе гестации. +
При рождении: масса тела 850 г, рост 33 см, окружность головы 26 см. Оценка по шкале Апгар 3/6. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: интубация трахеи, ИВЛ, введение препарата сурфактанта. +
Из родильного зала переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находился в течение 52 суток. Энтеральное питание начато с 3,5 часов жизни специализированной смесью для недоношенных детей. На 4 сутки жизни установлен диагноз: некротизирующий энтероколит 1 стадии, энтеральное питание отменено. В дальнейшем предпринимались неоднократные попытки начать энтеральное питание, однако, при этом нарастали явления дискинезии желудочно-кишечного тракта, отмечалось несколько эпизодов кровотечения из желудка, в связи с чем, расширить объем энтерального питания до 26 суток жизни не получалось.

Проводилось парентеральное питание с включением рекомендованных доз витаминов. По подозрению на порок развития кишечника, ребенку проведена ирригография: патологических изменений не выявлено. С 26 суток жизни энтеральную нагрузку удалось постепенно начать расширять. К 45 суткам ребенок переведен на полное энтеральное питание грудным молоком. В биохимических анализах крови обращала внимание персистирующая гипофосфатемия, эпизоды гиперкальциемии и гипокальциемии, повышение уровня щелочной фосфатазы.

Соматический анамнез матери
Хроническая артериальная гипертензия

Гинекологический и акушерский анамнез матери
1 беременность – роды в срок, 2 беременность – медицинский аборт, 3 беременность - настоящая. +
Течение данной беременности: 1, 2 триместры - плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, преэклампсия. +
Роды: 2-е, путем кесарева сечения на сроке 29 недель, в связи с преэклампсией.

Объективный статус
Возраст 52 сутки жизни. Масса тела 2200г. Находится в кроватке. Вскармливается грудным молоком. Сосет из соски, докармливается через зонд, питание усваивает. Кожные покровы субиктеричные с зеленоватым оттенком. Отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе, выражена Гаррисонова борозда. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме. +
Ребенок при осмотре очень беспокойный, крик болезненный, болезненная реакция на прикосновения и смену положения тела. Наблюдается увеличение в размере окружности левого бедра (отек), болезненность при движениях.

<u>К необходимым лабораторным методам для постановки диагноза относят</u>

- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора при остеопении недоношенных
- не улучшает минерализацию костей
- плохо всасывается у недоношенных детей

Результаты лабораторных методов обследования

<u>Необходимым инструментальным методом для установления диагноза является</u>

- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора при остеопении недоношенных
- не улучшает минерализацию костей
- плохо всасывается у недоношенных детей

Результаты инструментального метода обследования

Ребенку показано дополнительное исследование

- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора при остеопении недоношенных
- не улучшает минерализацию костей
- плохо всасывается у недоношенных детей

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, клинический диагноз

- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных
- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора при остеопении недоношенных
- не улучшает минерализацию костей
- плохо всасывается у недоношенных детей

Диагноз

Для лечения перелома бедра ребенку рекомендуется

- массаж левой нижней конечности
- хирургический метод лечения
- иммобилизация левой нижней конечности
- вытяжение левой нижней конечности

Для вскармливания ребенку рекомендовано

- специализированная смесь для недоношенных детей с содержанием белка ≥2,8 г/100 мл
- адаптированная молочная смесь с высоко гидролизованным белком
- грудное молоко с обогатителем
- сцеженное грудное молоко

Ребенку показано назначение витамина D в диапазоне +_____+ ЕД/сут

- 400-500
- 6000-9000
- 500-800
- 800-5000

У ребенка с остеопенией недоношенных повышена потребность

- только в кальции

- только в калии
- только в фосфоре
- в фосфоре и кальции

Для лечения остеопении недоношенных важно учитывать уровень

- калия в крови
- кальция и фосфора в моче
- натрия в крови
- нитритов в моче

К факторам риска развития метаболической болезни костей недоношенных относится

- повышенная двигательная активность
- врожденная пневмония
- экстремально низкая масса тела при рождении
- лечение препаратами карнитина

Недоношенным детям с остеопенией не рекомендуется рутинное назначение высоких доз витамина D, так как витамин D

- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей

При нормальном уровне 25(OH)D в крови у ребенка не рекомендуется повышать суточную дозу витамина D выше +____+ МЕ

- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведена девочка в возрасте 54 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; бронхолегочная дисплазия, средней тяжести; желудочное кровотечение; дискинезия ЖКТ; гипербилирубинемия недоношенных; неонатальный холестаз; анемия недоношенных; экстремально низкая масса тела при рождении; недоношенность 29 недель; маловесный для гестационного возраста.

Анамнез заболевания

Недоношенная девочка родилась у матери 42 лет на 29 неделе гестации. При рождении:

масса тела 710 г, рост 35 см, окружность головы 25 см. Оценка по шкале Апгар 6/7. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: продленный вдох, CPAP через лицевую маску. Из родильного зала переведен в ОРИТН. Энтеральное питание начато с 6 часов жизни специализированной смесью для недоношенных детей, в дальнейшем с переходом на грудное молоко. С 3 суток жизни отмечались вздутие живота и срыгивания, ограничивающие возможность наращивания энтерального питания. На 6 сутки - эпизод кровотечения из желудка. Суточный объем энтерального питания (грудное молоко) 170 мл/кг достигнут на 25 сутки. В биохимических анализах крови обращала внимание персистирующая гипофосфатемия, эпизоды гиперкальциемии и гипокальциемии, повышение уровня щелочной фосфатазы.

Соматический анамнез матери
Без особенностей

Гинекологический и акушерский анамнез матери
1 беременность – роды в срок, 2 беременность – роды в срок, 3 беременность - настоящая. +
Течение данной беременности: 1 триместр - токсикоз, 2 триместр - в 16 недель угрожающий выкидыш, фетоплацентарная +
недостаточность, задержка развития плода, стационарное лечение, 3 триместр – фетоплацентарная недостаточность, задержка развития плода. +
Роды: 3-е, путем кесарева сечения на сроке 29 недель, в связи с критическим кровотоком в пупочной артерии.

Объективный статус
Возраст 65 сутки жизни. Масса тела 1900 г. Находится в кроватке с подогревом. Ребенок при осмотре очень беспокойный, болезненная реакция на прикосновения и смену положения тела. Левую ножку щадит, болезненность при пальпации и отечность левого бедра. Вскармливается грудным молоком. Частично сосет из соски, докармливается через зонд, питание усваивает. Кожные покровы бледно-розовые. Отмечается втяжение межреберий на вдохе, краниотабес, выраженные лобные бугры. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез - в норме.

<u>К лабораторным методам исследования установления диагноза относят</u>

- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей

Результаты лабораторных методов обследования

<u>Важным инструментальным методом для установления диагноза является</u>

- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных

- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей

Результаты инструментального метода обследования

Ребенку целесообразно провести дополнительно

- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- не компенсирует дефицит поступления кальция и фосфора у недоношенных
- плохо всасывается в желудочно-кишечном тракте у недоношенных детей
- не улучшает минерализацию костей недоношенных детей
- не повышает абсорбцию кальция в кишечнике у недоношенных детей

Диагноз

Для оптимального вскармливания ребенку рекомендуется

- молочная смесь с высоко гидролизованным белком
- сцеженное нативное грудное молоко
- грудное молоко с обогатителем
- молочная смесь на основе аминокислот

Ребенку показано назначение витамина D в диапазоне +_____+ ЕД/сутки

- 200-500
- 800-5000
- 6000-8000
- 600-700

У ребенка повышена потребность

- в калии и хлоре
- в фосфоре и кальции
- только в кальции
- только в фосфоре

В процессе лечения остеопении недоношенных целесообразно обращать внимание на концентрацию

- натрия и калия в моче
- кальция и фосфора в моче
- натрия и калия в крови
- мочевины и креатинина в крови

Одним из признаков остеопении недоношенных является

- втяжение межреберий
- увеличенный большой родничок
- форма черепа по типу скафоцефалии
- расхождение костей черепа по саггитальному шву

Фактором риска развития остеопении недоношенных у данного ребенка является

- отслойка нормально расположенной плаценты
- гипербилирубинемия недоношенных
- развитие ранней анемии недоношенных
- питание грудным молоком без обогатителя

Наиболее оптимальным питанием для недоношенных детей с остеопенией является

- адаптированная молочная смесь для доношенных новорожденных
- молочная смесь на основе гидролизованного белка
- грудное молоко с фортификатором
- грудное молоко

Назначение витамина D недоношенным детям с остеопенией рекомендуется проводить с учетом

- адаптированная молочная смесь для доношенных новорожденных
- молочная смесь на основе гидролизованного белка
- грудное молоко с фортификатором
- грудное молоко

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 59 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; легочное кровотечение; внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени; открытый артериальный проток (медикаментозное закрытие); гипербилирубинемия недоношенных; анемия недоношенных; дискинезия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); бронхолегочная дисплазия; экстремально низкая масса тела; недоношенность 25 недель.

Анамнез заболевания

Недоношенный мальчик, 2-й из тройни, родился у матери 43 лет на 25 неделе гестации.

При рождении: масса тела 730 г, рост 30 см, окружность головы 24 см. Оценка по шкале Апгар 2/4. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: интубация трахеи, ИВЛ, введение препарата сурфактанта. +
Из родильного зала переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Проводилась длительная респираторная терапия, получил курс дексаметазона, с 51 суток находится на масочной подаче кислорода. Расширение энтерального питания осуществлялось с задержкой, в связи с явлениями дискинезии ЖКТ. С 19 суток – на полном энтеральном питании специализированной смесью для недоношенных детей. В биохимических анализах крови обращали внимание персистирующая гипофосфатемия, эпизоды гипокальциемии, небольшое транзиторное повышение уровня щелочной фосфатазы. По поводу длительных дыхательных нарушений, кислородозависимости в возрасте 2 месяцев выполнена компьютерная томография грудной клетки, в заключении: рентгенологическая картина бронхолегочной дисплазии, консолидированный перелом переднего отрезка 6 ребра справа.

Соматический анамнез матери
Острый гепатит С.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
1 беременность – внематочная. Двусторонняя тубэктомия. +
2 беременность – настоящая, тройня, после ЭКО {plus} ИКСИ. +
Течение данной беременности: 2 триместр - преэклампсия. +
Роды: 1-е, путем кесарева сечения на сроке 25 недель, в связи с тяжелой преэклампсией.

Объективный статус
Возраст 68 сутки жизни. Масса тела 1800г. Находится в кювезе. Неврологический статус соответствует постконцептуальному возрасту. Отмечается долихоцефалическая форма черепа, выраженные лобные бугры, эмфизематозная форма грудной клетки. Вскармливается молочной смесью для недоношенных детей через зонд, питание усваивает. Кожные покровы бледно-розовые. Умеренная отечность подкожно-жирового слоя в области ног и половых органов. Получает дополнительный кислород через маску. В покое – тахипноэ до 70-80 в минуту, втяжение межреберий на вдохе. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот умеренно вздут за счет метеоризма, доступен пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

<u>Ребенку показаны лабораторные исследования с определением в крови концентрации</u>

- адаптированная молочная смесь для доношенных новорожденных
- молочная смесь на основе гидролизованного белка
- грудное молоко с фортификатором
- грудное молоко

Результаты лабораторных методов обследования

В данном случае для установления диагноза инструментальным методом диагностики является

- адаптированная молочная смесь для доношенных новорожденных
- молочная смесь на основе гидролизованного белка
- грудное молоко с фортификатором
- грудное молоко

Результаты инструментального метода обследования

Для определения тактики лечения рекомендуется определить в крови уровень

- адаптированная молочная смесь для доношенных новорожденных
- молочная смесь на основе гидролизованного белка
- грудное молоко с фортификатором
- грудное молоко

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, клинический диагноз у ребенка

- адаптированная молочная смесь для доношенных новорожденных
- молочная смесь на основе гидролизованного белка
- грудное молоко с фортификатором
- грудное молоко

Диагноз

Фактором риска развития остеопении недоношенных у данного ребенка является

- врожденная пневмония
- открытый артериальный проток
- гипербилирубинемия недоношенных
- экстремально низкая масса тела

Для вскармливания ребенку рекомендуется

- адаптированная молочная смесь с содержанием белка 1,4-1,6 г/100 мл
- молочная смесь для недоношенных детей
- молочная смесь с низким гидролизом белка
- молочная смесь с высоко гидролизованным белком

Ребенку показано назначение витамина D с учетом потребности +_____+ ЕД/сутки

- 800-1000
- 1500-2000
- 2500-3000

- 200-300

У ребенка повышена потребность

- в фосфоре и кальции
- в сульфате магния
- только в кальции
- только в фосфоре

При дополнительном назначении кальция и фосфора во время лечения остеопении недоношенных важно учитывать уровень

- кальция и фосфора в моче
- натрия и хлоридов в крови
- метаболитов витамина D в моче
- оксалатов в моче

К факторам риска развития метаболической болезни костей недоношенных относится

- повышенная двигательная активность ребенка
- терапия кортикостероидами
- гипербилирубинемия недоношенных
- применение препаратов железа

Высокие дозы витамина D могут привести к

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии
- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Определение уровня 25(OH)D в крови показано

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии
- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 47 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; Гемодинамически значимый артериальный проток; Некротизирующий энтероколит 2 ст.; Неонатальный холестаз; Гипербилирубинемия недоношенных; Анемия недоношенных; Экстремально низкая

масса тела при рождении; Малый размер плода для гестационного возраста; Недоношенность 29 недель.

Анамнез заболевания

Недоношенная девочка родилась у матери 42 лет на 29 неделе гестации. При рождении: масса тела 740 г, рост 30 см, окружность головы 25 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: продленный вдох, CPAP через лицевую маску. Из родильного зала переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находилась в течение 47 суток. Энтеральное питание начато с 1 суток молозивом и специализированной смесью для недоношенных детей. В связи с персистирующими явлениями дискинезии желудочно-кишечного тракта (вздутие живота, срыгивания), расширение энтерального питания было затруднено и ребенок был переведен на кормление смесью с высоким гидролизом белка, получал длительное частичное парентеральное питание. На 53 сутки жизни состояние ребенка ухудшилось за счет развития некротизирующего энтероколита. Проводилась пауза в энтеральном питании до 63 суток жизни. Затем энтеральное питание возобновлено, на 74 сутки жизни ребенок переведен на кормление смесью для недоношенных детей. Полное энтеральное питание достигнуто на 76 сутки жизни. С 24 суток установлен диагноз неонатального холестаза на фоне парентерального питания. После расширения энтерального питания холестаз начал регрессировать. В биохимических анализах крови обращали внимание персистирующая гипофосфатемия, эпизоды гиперкальциемии и гипокальциемии, выраженное повышение уровня щелочной фосфатазы.

Соматический анамнез матери

Хронический гастрит, хронический колит, варикозная болезнь нижних конечностей.

Гинекологический и акушерский анамнез матери

1, 3 беременность – медицинский аборт; 2, 4 беременность - роды в срок, 5 беременность – замершая, 6 беременность - настоящая. +
Течение данной беременности:
1 триместр – риск синдрома задержки роста плода,
2 триместр - нарушение маточно-плацентарного кровотока, угроза прерывания, синдром задержки роста плода, маловодие, стационарное лечение,
3 триместр – синдром задержки роста плода. +
Роды 3 в 29 недель путем Кесарева сечения, в связи с нарушением фетоплацентарного кровотока.

Объективный статус

Возраст 76 сутки жизни. Масса тела 2030 г. Находится в кроватке. Вскармливается обогащенным грудным молоком. Сосет из соски, докармливается через зонд, питание усваивает. Кожные покровы субиктеричные на розовом фоне. Отмечается втяжение межреберий на вдохе, форма черепа долихоцефалическая с выраженными лобными буграми. Аускультативно дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот доступен пальпации, печень и селезенка не

увеличены. Стул, диурез в норме. +
У ребенка отмечается синдром возбуждения ЦНС, болезненная реакция на осмотр, отек и болезненность правой руки в области плеча при пальпации.

К лабораторным методам исследования, рекомендуемым с целью дифференциальной диагностики, относят

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии
- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Результаты лабораторных методов обследования

С целью диагностики заболевания необходимо выполнить определение в крови концентрации

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии
- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Результаты обследования

Для диагностики заболевания показано проведение

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии
- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Результаты обследования

Дополнительным исследованием для диагностики и определения тактики лечения является определение в крови уровня

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии
- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- повышению уровня паратгормона
- гиперкалиемии

- гиперфосфатазии
- гиперкальциурии

Диагноз

Фактором риска развития остеопении недоношенных у данного ребенка являются

- гипербилирубинемия недоношенных
- гемодинамически значимый артериальный проток
- врожденная пневмония
- длительное парентеральное питание

Для оптимального вскармливания ребенку рекомендуется

- сцеженное грудное молоко
- грудное молоко с обогатителем
- специализированная смесь для недоношенных детей с содержанием белка ≥2,8 г/100 мл
- молочная смесь с высоко гидролизованным белком

Ребенку показано назначение лечебной дозы витамина D, учитывая

- гипербилирубинемию недоношенных
- глубокую недоношенность
- синдром холестаза
- малый размер плода для гестационного возраста

У ребенка повышена потребность в витамине D, так как

- уровень витамина D в крови снижен
- диагностирована остеопения недоношенных
- ребенок родился с экстремально низкой массой тела
- имеется задержка внутриутробного развития

Основная причина остеопении недоношенных заключается в

- низкой абсорбции витамина D в кишечнике
- сниженной способности переваривания протеинов
- повышенном выведения ионов кальция с мочой
- недостаточном поступлении фосфора и кальция

Препаратом, повышающим риск возникновения остеопении недоношенных, является

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Введение только кальция при остеопении недоношенных опасно

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 6 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; Кровоизлияния в кожу; Недоношенность 31 неделя.

Анамнез заболевания
Недоношенная девочка родилась 1-й из двойни у матери 35 лет на 31 неделе гестации. При рождении: масса тела 1660 г, рост 40 см, окружность головы 32 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: CPAP через лицевую маску. Из родильного зала переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находилась в течение 6 суток. Проводилась респираторная, кардиотоническая терапия, вводился препарат сурфактанта в возрасте 3 суток, получала антибактериальную терапию (ампициллин, гентамицин) по поводу врожденной пневмонии, парентеральное питание. Энтеральное питание начато с 1 суток специализированной смесью для недоношенных детей, расширение питания переносила удовлетворительно.

Соматический анамнез матери
Без особенностей.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Беременность 1, двойней. +
Течение данной беременности: I триместр: угроза прерывания. Пренатальный скрининг I триместра: норма. II триместр: Отит. Пренатальный скрининг II триместра: норма. III триместр: анемия легкой степени. +
Роды 1 в 31 неделю путем кесарева сечения в связи с преждевременным излитием околоплодных вод, многоплодием.

Объективный статус
Возраст - 7 сутки жизни. Масса тела - 1692г. Находится в кювезе. Вскармливается специализированной смесью для недоношенных детей через зонд за 30 минут в объеме 150 мл/кг/сутки. Не срыгивает. На осмотр реакция снижена. Умеренная мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы субъиктеричные на бледновато-розовом фоне. Пуповинный остаток в лигатуре, мумифицируется. Видимые слизистые оболочки розовые, чистые. Умеренное втяжение межреберий на вдохе. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Оксигенируется удовлетворительно.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации. Печень {plus}1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул на 7:00 самостоятельный, желтый, с прожилками крови. Мочится регулярно.

Для диагностики заболевания в первую очередь необходимо выполнить

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Результаты обследования

В данном случае ребенку необходимо также выполнить

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Результаты обследования

Для диагностики заболевания показано проведение

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Результаты обследования

При сохраняющихся признаках кровотечения ребенку показано проведение

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, диагноз у ребенка

- ванкомицин
- фуросемид
- калия хлорид
- жировая эмульсия

Диагноз

Клиническая картина соответствует +_____+ стадии заболевания

- третьей
- первой
- четвертой
- второй

Стадия заболевания у ребенка трактуется как +_____+ некротизирующий энтероколит

- прогрессирующий
- подозреваемый
- хирургический
- нарастающий

Для вскармливания ребенку рекомендуется

- молочная смесь на основе аминокислот
- сцеженное грудное молоко
- парентеральное питание
- молочная смесь с высоко гидролизованным белком

Тактика в отношении энтерального питания включает

- отмену питания
- трофическое питание
- частичное питание
- минимальное питание

Из немедикаментозной терапии ребенку показано проведение

- промывания желудка
- декомпрессии желудка
- очистительной клизмы
- зондирования желудка зондом с минимальным диаметром

В лечении рекомендуется назначение

- антисекреторных препаратов
- кардиотонических препаратов
- дотации кислорода
- антибиотиков

При возобновлении энтерального питания преимущество будет иметь

- антисекреторных препаратов

- кардиотонических препаратов
- дотации кислорода
- антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен недоношенный ребенок в возрасте 22 суток с диагнозом: Врожденная пневмония; недоношенность 31 неделя, очень низкая масса тела при рождении; анемия недоношенных; малый размер к сроку гестации.

Анамнез заболевания
Недоношенная девочка родилась у матери 30 лет на 31 неделе гестации. При рождении: масса тела 800 г, рост 35 см. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов. С рождения – респираторная поддержка методом CPAP. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находилась в течение 22 суток. Проводилась неинвазивная респираторная терапия. Энтеральное питание начато с 1 суток специализированной смесью для недоношенных детей, расширение питания переносила удовлетворительно.

Соматический анамнез матери
Миопия слабой степени, хронический пиелонефрит.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Беременность 3, самостоятельная. +
Течение данной беременности: +
I триместр: угроза прерывания. Пренатальный скрининг I триместра: норма. =
II триместр: истмико-цервикальная недостаточность, анемия беременных легкой степени, преэклампсия. Пренатальный скрининг II триместра: норма. +
III триместр: преэклампсия. +
Роды 2 в 31 неделю путем Кесарева сечения, в связи с нарастанием тяжести преэклампсии.

Объективный статус
Возраст 24 сутки жизни. Масса тела 1020 г. Находится в кювезе. Вскармливается специализированной молочной смесью для недоношенных через зонд в объеме 160 мл/кг/сутки. Отмечается появление срыгиваний, симптомов угнетений ЦНС, учащение эпизодов лабильности сатурации O~2~. Кожные покровы бледно-розовые, легко появляется «мраморность». Частота дыхания 60 в минуту, умеренное втяжение межреберий на вдохе. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений в покое 160 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Живот вздут, чувствительный при пальпации. Печень {plus}1 см, селезенка не пальпируется. Стул был – кашицеобразный, с примесью слизи. Мочится регулярно, диурез достаточный.

Для установления диагноза необходимо провести

- антисекреторных препаратов
- кардиотонических препаратов
- дотации кислорода
- антибиотиков

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо провести

- антисекреторных препаратов
- кардиотонических препаратов
- дотации кислорода
- антибиотиков

Результаты обследования

С диагностической целью ребенку показано назначение

- антисекреторных препаратов
- кардиотонических препаратов
- дотации кислорода
- антибиотиков

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- антисекреторных препаратов
- кардиотонических препаратов
- дотации кислорода
- антибиотиков

Диагноз

Клиническая картина соответствует +_____+ стадии заболевания

- второй
- четвертой
- первой
- третьей

Стадия заболевания у ребенка соответствует +_____+ некротизирующему энтероколиту

- хирургическому

- подозреваемому
- уточненному
- прогрессирующему

В анализах крови для данного заболевания характерно

- понижение уровня калия
- развитие метаболического алкалоза
- снижение концентрации кортизола
- повышение С-реактивного белка

Ребенку необходимо назначить

- сцеженное грудное молоко и дополнительное введение жидкости парентерально
- энтеральное питание в половинном объеме и частичное парентеральное питание
- полное парентеральное питание
- минимальное энтеральное питание и парентеральное питание

Из немедикаментозной терапии ребенку показано назначение

- промывания желудка
- ректальной свечи с глицерином
- очистительной клизмы
- декомпрессии желудка

Ребенку необходимо исключить

- постановку мочевого катетера
- зондирование желудка
- контакт «кожа к коже» с матерью
- очистительные клизмы

В лечении рекомендуется применение

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Из дополнительных исследований при некротизирующем энтероколите может потребоваться назначение

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен ребенок в возрасте 13 суток с диагнозом: Врожденная пневмония. Внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени слева. Дискинезия желудочно-кишечного тракта. Анемия недоношенных. Гипербилирубинемия недоношенных. Недоношенность 31 неделя.

Анамнез заболевания
Недоношенный мальчик родился у матери 30 лет на 31 неделе гестации. При рождении: масса тела 1690 г, рост 43 см, окружность головы 30 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: CPAP через лицевую маску, санация верхних дыхательных путей. Из родильного зала переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где находился в течение 13 суток. Проводилась респираторная, кардиотоническая терапия, вводился препарат сурфактанта. С рождения получал антибактериальную терапию (ампициллин, гентамицин до 7 суток, далее Ванкомицин и Сульперазон) по поводу врожденной пневмонии, парентеральное питание. Энтеральное питание начато с 1 суток специализированной смесью для недоношенных детей и сцеженным грудным молоком, расширение питания происходило медленно, учитывая плохую усвояемость энтерального кормления. При переводе проводится частичное парентеральное питания, энтерально кормится в объеме 75 мл/кг/сутки.

Соматический анамнез матери
Синусовая тахикардия.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Беременность 3, самостоятельная (1-2 беременность – своевременные оперативные роды в 39 недель). +
Течение данной беременности: +
I триместр: без особенностей; +
II триместр: 20 недель - ОРЗ, без повышения температуры тела (симптоматическая терапия); 21-22 недели - угрожающий поздний выкидыш (стац. лечение). Пренатальный УЗ скрининг II триместра: диагностировано предлежание плаценты, врастание плаценты.
III триместр: незначительное нарушение кровотока в средней мозговой артерии плода при нормальных показателях кровотока в венозном протоке. +
Роды 3 в 31 неделе путем Кесарева сечения, в связи с началом родовой деятельности у женщины с врастанием плаценты в рубец.

Объективный статус
Возраст 17 сутки жизни. Масса тела 1790 г. Находится в кювезе. Вскармливается специализированной молочной смесью для недоношенных через зонд за 60 минут в объеме 160 мл/кг/сутки. Появились обильные срыгивания. На осмотр реакция резко снижена, отмечается нарастание симптомов угнетения ЦНС. Мышечная гипотония,

гипорефлексия. Кожные покровы субиктеричные с сероватым оттенком. Видимые слизистые розовые, чистые. Умеренное втяжение межреберий и грудины на вдохе. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота дыханий 56 в минуту, частота сердечных сокращений 150-160 в минуту. Наблюдается лабильность сатурации О~2~, утром зарегистрировано несколько эпизодов апноэ. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Живот вздут, плохо доступен пальпации, перистальтика резко ослаблена. Печень {plus}1.5 см, селезенка не пальпируется. Стул утром желто-зеленый, со слизью и примесью крови. Мочится регулярно.

С целью диагностики заболевания в первую очередь показано назначение

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Результаты обследования

Для диагностики необходимо определить в крови

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Результаты обследования

Для диагностики заболевания ребенку необходимо выполнить

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Результаты обследования

К инструментальным методам обследования в данном случае относят

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- ветрогонных препаратов
- антисекреторных препаратов
- пробиотических средств
- антибиотиков

Диагноз

Клиническая картина соответствует +_____+ стадии заболевания

- четвертой
- третьей
- второй
- первой

Стадия заболевания у ребенка трактуется как +_____+ некротизирующий энтероколит

- хирургический
- явный
- подозреваемый
- прогрессирующий

В отношении энтерального питания необходимо

- снизить объем до переносимого
- снизить объем до трофического
- его отменить
- снизить объем до минимального

Из немедикаментозной терапии ребенку показано назначение

- очистительной клизмы
- декомпрессии желудка
- ректальной свечи с глицерином
- лапароскопии

Из медикаментозной терапии ребенку рекомендуется назначение

- антисекреторных препаратов
- желчегонной терапии
- антибактериальной терапии
- местных кровеостанавливающих средств

При возобновлении энтерального питания преимущество будет иметь

- молочная смесь на основе высоко гидролизованного белка
- сцеженное грудное молоко

- гипоаллергенная молочная смесь
- молочная смесь на основе аминокислот

Фактором риска развития некротизирующего энтероколита является

- молочная смесь на основе высоко гидролизованного белка
- сцеженное грудное молоко
- гипоаллергенная молочная смесь
- молочная смесь на основе аминокислот

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведен мальчик в возрасте 2 суток.

Анамнез заболевания
Мальчик родился у матери 26 лет на 40 неделе гестации. При рождении: масса тела 2500 г, рост 49 см, окружность головы 34 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке не проводились. В течение 1-х суток жизни находился в отделении физиологии новорожденных.

Соматический анамнез матери
Эпилепсия

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Беременность 2, самостоятельная (1 беременность – медицинский аборт). +
Течение данной беременности на фоне противосудорожной терапии (ламиктал, конвулекс, суксилеп);
I триместр: 7 недель - угрожающий выкидыш, ретрохориальная гематома (стационарное лечение, получала дюфастон);
II-III триместры – без осложнений. +
Роды 2 на 40 неделе путем Кесарева сечения. +
Группа крови матери: А (II), резус-фактор ({plus}) положительный.

Объективный статус
Возраст 2 сутки жизни. Масса тела 2420 г. Сосательный рефлекс активный. Назначенный объем кормления сосет из соски хорошо, изредка необильно срыгивает. Активен при осмотре. Мышечный тонус удовлетворительный, рефлексы новорожденных вызываются. Кожные покровы эритематозные. Видимые слизистые розовые, чистые. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота дыханий 46 в минуту, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень {plus}1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Мочится регулярно.

Физическое развитие ребенка необходимо оценить с учетом

- молочная смесь на основе высоко гидролизованного белка
- сцеженное грудное молоко
- гипоаллергенная молочная смесь
- молочная смесь на основе аминокислот

Результаты обследования

В первые сутки жизни ребенку было показано исследование

- молочная смесь на основе высоко гидролизованного белка
- сцеженное грудное молоко
- гипоаллергенная молочная смесь
- молочная смесь на основе аминокислот

Результаты обследования

С диагностической целью ребенку показано назначение

- молочная смесь на основе высоко гидролизованного белка
- сцеженное грудное молоко
- гипоаллергенная молочная смесь
- молочная смесь на основе аминокислот

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- молочная смесь на основе высоко гидролизованного белка
- сцеженное грудное молоко
- гипоаллергенная молочная смесь
- молочная смесь на основе аминокислот

Диагноз

Задержка внутриутробного развития плода могла быть связана с

- медицинским абортом в анамнезе
- угрозой прерывания в I триместре
- эпилепсией у матери
- приемом вальпроата

В клиническом анализе крови у ребенка выявлены отклонения от нормативных значений в виде

- моноцитопении

- сдвига лейкоцитарной формулы влево
- тромбоцитопении
- нейтрофилеза

Ребенку необходимо назначить +_____+ питание

- полное энтеральное
- минимальное энтеральное
- частичное энтеральное
- частичное парентеральное

С учетом медикаментозной противосудорожной терапии матери и клинического состояния ребенку рекомендуется вскармливание

- через соску
- через желудочный зонд
- из шприца
- свободное грудное

С учетом медикаментозной противосудорожной терапии матери и состояния ребенка для вскармливания целесообразно назначить

- молочную смесь для недоношенных детей
- молочную смесь для доношенных
- пастеризованное грудное молоко
- нативное грудное молоко

Ребенку рекомендуется

- терапия антибактериальными препаратами
- назначение метаболических препаратов
- лечение препаратами витаминов
- контроль тромбоцитов в крови

К факторам, приводящими к задержке внутриутробного развития плода, относят

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Задержка внутриутробного развития характерна для синдрома

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей из отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных переведен мальчик в возрасте 6 суток.

Анамнез заболевания
Мальчик родился у матери 25 лет на 34 неделе гестации. При рождении: масса тела 1660 г, рост 43 см, окружность головы 32 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке: CPAP через лицевую маску. Доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) в тяжелом состоянии на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе. В отделении установлен диагноз врожденная пневмония, проводилась респираторная терапия (неинвазивная ИВЛ - 16 часов, CPAP - 12 часов), антибактериальная терапия (7 дней). Энтеральное кормление начато с 1 суток. На 2 сутки развилось желудочное кровотечение. Энтеральное кормление продолжено с 3 суток.

Соматический анамнез матери
Хронический пиелонефрит, хронический цистит.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Беременность 1, самостоятельная. +
Течение данной беременности без особенностей до 34 недели, в 34 недели – преждевременное излитие околоплодных вод. +
Роды 1 на 34 неделе путем Кесарева сечения. Группа крови матери: АВ (IV), резус-фактор ({plus}) положительный.

Объективный статус
Возраст 7 сутки жизни. Масса тела 1600 г. Находится в микроклимате кувеза. Активен при осмотре. Мышечный тонус умеренно снижен, рефлексы новорожденных вызываются, быстро истощаются. Сосательный рефлекс вялый, вскармливается через зонд капельно за 30 минут по 30 мл {asterisk} 8 раз в день. Питание усваивает. Кожные покровы умеренно иктеричные. Видимые слизистые розовые, чистые. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота дыханий 48 в минуту, частота сердечных сокращений 140 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень {plus}1 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Мочится регулярно.

Для оценки физического развития ребенка следует использовать

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Результаты обследования

<u>В первые сутки жизни ребенку было показано исследование</u>

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Результаты обследования

<u>Ребенку в 1 сутки жизни показано исследование</u>

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Результаты обследования

<u>В раннем неонатальном периоде в первую очередь необходимо назначить</u>

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Результаты обследования

<u>Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз</u>

- применение витамина Д
- гестоз
- гестационный сахарный диабет
- переношенность

Диагноз

<u>В проведенных лабораторных исследованиях у ребенка выявлены отклонения от нормативных значений в виде</u>

- полицитемии
- нейтрофилеза
- лейкоцитоза
- тромбоцитопении

С учетом усвоения назначенного объема энтерального кормления на 7 сутки ребенку должно проводиться +_____+ питание

- обогащенное энтеральное питание
- частичное энтеральное
- полное энтеральное
- частичное парентеральное

Для вскармливания на 7 сутки ребенку рекомендуется

- сцеженное грудное молоко
- молочная смесь с высоким гидролизом белка
- пастеризованное грудное молоко
- молочная смесь для недоношенных детей

В дальнейшем при усвоении энтерального питания рекомендуется добавление

- молочной смеси для недоношенных и маловесных детей
- специализированной белковой добавки
- обогатителя грудного молока
- кальциево-фосфорных добавок

Ребенку показано назначение

- витамина D
- витамина A
- ноотропного препарата
- витамина E

К факторам риска задержки внутриутробного развития относят

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Чаще всего задержка внутриутробного развития возникает, если мать во время беременности переболела

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведена девочка в возрасте 19 суток.

Анамнез заболевания
Девочка родилась у матери 48 лет на 34 неделе гестации. При рождении: масса тела 1320 г, рост 39 см, окружность головы 28 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: CPAP лицевой маской, ИВЛ маска - с 3 минуты, с 5 минуты - CPAP. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, где диагностирована врожденная пневмония. Проводилась респираторная терапия (неинвазивная ИВЛ, CPAP) до 7 суток, антибактериальная терапия. В возрасте 8 часов жизни и затем повторно на 8 сутки жизни отмечалось желудочное кровотечение, в связи с чем дважды переливалась свежезамороженная плазма. Учитывая тромбоцитопению 38-40 10^9^/L и кровотечение проводилась трансфузия тромбоконцентрата. Энтеральное питание грудным молоком возобновлено на 10 сутки жизни.

Соматический анамнез матери
Хроническая артериальная гипертензия, ожирение II степени.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
В гинекологическом анамнезе - резекция правого яичника (дермоидная киста), резекция левого яичника (кистома). +
Беременность 3 (донорская яйцеклетка), двойня (1 беременность – медицинский аборт, 2 - неразвивающаяся). +
Течение данной беременности: +
I триместр: угроза выкидыша (стационарное лечение, гормональная, спазмолитическая терапия). Пренатальный скрининг I триместра: норма. +
II триместр: в сроке 23 недели хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности; артериальная гипертензия (допегит). Пренатальный скрининг II триместра: норма. +
III триместр: в сроке 30 недель - угроза преждевременных родов (стационарное лечение), артериальная гипертензия. +
Роды: 1, на 34 неделе, путем Кесарева сечения, в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Предлежащая часть: тазовый конец 1 плода. +
Группа крови матери: B (III), резус-фактор (+) положительный.

Объективный статус
Возраст 19 сутки жизни. Масса тела 1774 г. Состояние ребенка средней тяжести. Находится в микроклимате кювеза. Активно реагирует на осмотр. Мышечный тонус и рефлексы новорожденных умеренно снижены. Энтеральное питание проводится через зонд за 60 минут грудным молоком по 24 мл {asterisk} 8 раз в день. Кожные покровы бледно-розовые. Небольшое втяжение нижних межреберий на вдохе. Аускультативно в легких дыхание симметрично проводится во все отделы, ослаблено, хрипов нет. Тоны

сердца звучные, ритм правильный. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень {plus}1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул – желто-зеленый, до 3 раз в день. Мочится свободно.

Физическое развитие ребенка при рождении необходимо оценить с учетом

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Результаты обследования

В первые сутки жизни ребенку было показано исследование

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Результаты обследования

В раннем неонатальном периоде ребенку показано назначение

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Результаты обследования

Для контроля состояния ребенка в отделении патологии новорожденных необходимо назначение

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Результаты обследования

С целью контроля состояния и эффективности вскармливания недоношенного ребенка показан контроль содержания

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой

- операции кесарева сечения в анамнезе

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- истмико-цервикальную недостаточность
- нарушение функции плаценты
- регулярные занятия физкультурой
- операции кесарева сечения в анамнезе

Диагноз

Задержка внутриутробного развития плода могла быть связана с

- донацией яйцеклетки
- резекцией яичников в анамнезе
- артериальной гипертензией
- истмико-цервикальной недостаточностью

В клиническом анализе крови у ребенка выявлены отклонения от нормативных значений в виде

- нейтрофилеза
- лейкоцитоза
- анемии
- сдвига лейкоцитарной формулы влево

Ребенку необходимо назначить +_____+ питание

- смешанное энтеральное
- специализированное энтеральное
- частичное парентеральное
- полное энтеральное

При назначении энтерального питания ребенку на 19 сутки жизни рекомендуется

- болюсное введение грудного молока
- введение обогатителя грудного молока
- увеличение объема на 25 мл/кг/сутки
- увеличение объема на 30 мл/кг/сутки

С целью профилактики и лечения ребенку необходимо назначить

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А

- витамин D

К осложнениям зондового кормления относят

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведена девочка, вторая из дихориальный диамниотической двойни, в возрасте 3 суток.

Анамнез заболевания
Девочка родилась у матери 31 года на 36 неделе гестации. При рождении: масса тела 2030 г, рост 45 см, окружность головы 31 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке не проводились. В течение 2-х суток жизни находился в отделении физиологии новорожденных.

Соматический анамнез матери
Хронический тонзилит, грыжи Шморля в поясничной области

Гинекологический и акушерский анамнез матери
В гинекологическом анамнезе: эндометриоз, удаление правого яичника, резекция левого яичника. +
Беременность 1, после экстракорпорального оплодотворения. +
Течение данной беременности: +
I триместр - обострение лабиального герпеса (ациклавир мазь), принимала утрожестан; +
II триместр – принимала утрожестан; +
III триместр - обострение лабиального герпеса (ациклавир мазь); с 34 недели - холестаз беременных. +
Роды 1 на 36 неделе путем Кесарева сечения, осложнившиеся преждевременным излитием околоплодных вод. +
Группа крови матери: 0 (I), резус-фактор ({plus}) положительный.

Объективный статус
Возраст 3 сутки жизни. Масса тела 1930 г. Сосательный рефлекс вялый, при сосании бутылочки быстро истощается, норму не высасывает, необильно срыгивает после каждого кормления. Активна при осмотре. Мышечный тонус и рефлексы новорожденных соответствуют гестационному возрасту. Кожные покровы иктеричные на розовом фоне. Видимые слизистые иктеричные, чистые. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота дыханий 42 в минуту, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не

выслушиваются. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Мочится регулярно.

Физическое развитие ребенка при рождении необходимо оценить с учетом

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Результаты обследования

В первые сутки жизни ребенку целесообразно было провести определение в крови уровня

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Результаты обследования

С целью выявления/исключения сопутствующей патологии необходимо назначить

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Результаты обследования

С целью контроля состояния и решения вопроса о тактике вскармливания и лечения показано определение в крови

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Результаты обследования

Для выявления/исключения сопутствующей патологии необходимо назначить

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- кофеин бензоат
- ноотропный препарат
- витамин А
- витамин D

Диагноз

К одному из факторов риска задержки внутриутробного развития в данном случае можно отнести

- поздний возраст первородящей
- обострение лабиального герпеса
- многоплодную беременность
- беременность с помощью экстракорпорального оплодотворения

В крови у ребенка выявлена

- гиперкалиемия
- гипокальциемия
- гипокалиемия
- гипонатриемия

Ребенку необходимо назначить вскармливание

- через зонд микроструйно за 60 минут
- из соски дробно в несколько приемов
- грудное по требованию
- из соски с докормом через зонд

Для энтерального питания ребенку необходимо назначить

- молочную смесь с частично гидролизованным белком
- антирефлюксную молочную смесь
- сцеженное грудное молоко
- молочную смесь для недоношенных детей

Ребенку необходимо назначить

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

<u>В раннем неонатальном периоде детям с задержкой внутриутробного развития свойственны такие нарушения, как</u>

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведена девочка в возрасте 9 суток.

Анамнез заболевания
Девочка родилась у матери 23 лет на 33 неделе гестации. При рождении: масса тела 1270 г, рост 40 см, окружность головы 30 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале: CPAP лицевой маской. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), где проводилось лечение респираторного дистресс-синдрома (неинвазивная ИВЛ, CPAP) до 7 суток. В 1-е сутки жизни назначалась кардиотоническая терапия на фоне снижения артериального давления. Получала антибактериальную терапию в течение 3 суток до исключения инфекционной патологии. Энтеральное питание начато с 1 суток жизни грудным молоком и молочной смесью. По данным нейросонографии диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени.

Соматический анамнез матери
Без особенностей.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
В гинекологическом анамнезе – эрозия шейки матки, множественная миома матки, аденомиоз (гормональная терапия), дисфункция яичников (гормональная терапия). +
Беременность 1. +
Течение данной беременности: +
I триместр: токсикоз легкой степени, пренатальный скрининг I триместра: норма; +
II триместр: повышение АД до 170/100 мм рт. ст., стационарное лечение, в 25-26 недель по данным УЗИ - синдром задержки развития плода; I +
II триместр: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия. +
Роды: 1, на 33 неделе, путем Кесарева сечения, в связи ухудшением состояния плода по данным допплерометрии. Предлежащая часть: тазовый конец. +
Группа крови матери: A (II), резус-фактор ({plus}) положительный.

Объективный статус
Возраст 9 сутки жизни. Масса тела 1265 г. Состояние ребенка средней тяжести. Находится в микроклимате кювеза. Реакция на осмотр активная. Умеренная мышечная гипотония,

рефлексы новорожденных снижены. Энтеральное питание проводится через зонд капельно за 60 минут по 28 мл{asterisk} 8 раз в день, питание усваивает. Кожные покровы бледно-розовые. Небольшое втяжение нижних межреберий на вдохе. Частота дыханий 52 в минуту. Оксигенируется удовлетворительно. Аускультативно в легких дыхание симметрично проводится во все отделы, ослаблено, хрипов нет. Частота сердечных сокращений 150 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень {plus}1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул – желтый, несколько разжиженный, до 5 раз в день. Мочится свободно.

Для оценки физического развития ребенка при рождении используют

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Результаты обследования

В первые сутки жизни ребенку было показано назначение

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Результаты обследования

С целью выявления/исключения сопутствующей патологии ребенку необходимо назначить

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Результаты обследования

С целью контроля состояния ребенка целесообразно назначить

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Результаты обследования

Для контроля состояния ребенка показано проведение

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- частичное парентеральное питание
- парентеральное введение натрия хлорида
- внутривенное введение глюкозо-солевого раствора
- контроль уровня натрия в крови

Диагноз

К одному из факторов риска задержки внутриутробного развития плода в данном случае можно отнести

- артериальную гипертензию
- токсикоз первого триместра
- тазовое предлежание плода
- эрозию шейки матки

На 9 сутки ребенок получает _____ энтеральное питание

- избыточное по объему
- оптимальное по объему
- оптимальное по составу
- недостаточное по объему

Ребенку рекомендуется назначение

- специализированной белковой добавки
- обогатителя грудного молока
- препарата пищеварительного фермента
- частичного парентерального питания

На 9 сутки ребенку необходимо назначить

- препарат карнитина
- препарат железа
- кофеин бензоат
- витамин D

В возрасте 4 недель ребенку в обязательном порядке рекомендуется консультация

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Оптимальным объемом увеличения энтерального питания у недоношенных детей с массой тела 1200 г является +____+ мл/кг/сутки

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К Вам в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей переведена девочка в возрасте 2 суток.

Анамнез заболевания
Девочка родилась у матери 35 лет на 37 неделе гестации. При рождении: масса тела 1930 г, рост 44 см, окружность головы 30 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном блоке не проводились. В течение 1-х суток жизни находилась в отделении физиологии новорожденных. На 2 сутки переведена в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Соматический анамнез матери
Не отягощен.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
В гинекологическом анамнезе - эндометриоз, бесплодие 7 лет. +
Беременность 1, наступила после 2 попытки ЭКО. +
Течение данной беременности: +
1 триместр - на сроке 8-9 недель - угроза прерывания беременности, курение; +
II триместр – курение; +
III триместр – без осложнений. +
Роды 1 на 37 неделе путем Кесарева сечения, в связи с преждевременным излитием околоплодных вод, начавшейся острой гипоксией плода. +
Группа крови матери: А (II), резус-фактор ({plus}) положительный.

Объективный статус
Возраст 2 сутки жизни. Масса тела 1822 г. Сосательный рефлекс активный. Сосет из соски, не срыгивает. Активна при осмотре. Мышечный тонус удовлетворительный, рефлексы новорожденных вызываются. Кожные покровы субиктеричные на розовом фоне. Видимые слизистые розовые, чистые. Аускультативно дыхание проводится во все отделы,

хрипы не выслушиваются. Частота дыханий 42 в минуту, частота сердечных сокращений 140 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень {plus}1,0 см, селезенка не пальпируется. Стул переходный. Мочится регулярно.

Для оценки физического развития ребенка при рождении следует использовать

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Результаты обследования

В первые сутки жизни ребенку было показано исследование

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Результаты обследования

На вторые сутки жизни ребенку целесообразно провести определение в крови уровня

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Результаты обследования

С целью обследования показано назначение

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, у ребенка диагноз

- невролога
- офтальмолога
- ортопеда
- хирурга

Диагноз

Задержка внутриутробного развития плода могла быть связана с

- экстракорпоральным оплодотворением
- возрастом матери
- курением матери
- угрозой прерывания в I триместре

В клиническом анализе крови у ребенка выявлены отклонения от нормативных значений в виде

- тромбоцитопении
- лейкоцитоза
- полицитемии
- нейтрофилеза

Динамика массы тела ребенка на 2 сутки жизни оценивается как

- патологическая потеря массы тела, связанная с задержкой внутриутробного развития
- патологическая потеря массы тела, связанная с заболеванием ребенка
- патологическая потеря массы тела, указывающая на тяжелую дегидратацию ребенка
- транзиторная потеря первоначальной массы тела

Ребенку необходимо назначить +_____+ вскармливание

- исключительно грудное
- искусственное
- свободное грудное
- оптимальное

При недостаточно эффективном сосании из бутылочки ребенку рекомендуется введение питания

- парентерально
- через зонд
- с помощью специальной соски
- с помощью шприца

Ребенку рекомендуется

- контроль уровня тромбоцитов в крови
- повторное определение прокальцитонина
- назначение витаминов группы В
- профилактика неонатальной гипербилирубинемии

Задержка внутриутробного развития является фактором риска развития в раннем неонатальном периоде

- контроль уровня тромбоцитов в крови
- повторное определение прокальцитонина
- назначение витаминов группы В
- профилактика неонатальной гипербилирубинемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик в возрасте 16 суток жизни поступил в отделение патологии новорожденных.

Жалобы
На эпизоды лихорадки до 39,0°С, приступы вялости, сменяющиеся подергиваниями ручек, мимической мускулатуры, срыгиваниями после кормления створоженным молоком

Анамнез заболевания
Срыгивания появились к концу 1 суток жизни, до 2-3 эпизодов в сутки, в целом питание усваивалось. С 10 суток жизни мама начала отмечать у ребенка приступы вялости, ребенок стал отказываться от еды, подергивания начались с 12-13 суток жизни, сначала только на лице, потом присоединились странные движения ручек, при измерении температуры тела – повышение мах до 39°С, снижали жаропонижающим. На утро обратились в приемный покой перинатального центра.

Анамнез жизни
Ребенок родился у женщины 30 лет от 2 беременности (1 беременность – неразвивающаяся на сроке 6 недель, abrasio cavi uteri), наступившей самопроизвольно. Беременность протекала: в 1 триместре – токсикоз легкой степени; 2 триместр - без особенностей; 3 триместр – анемия беременных, принимала препараты железа. Роды своевременные, сопровождались преждевременным излитием околоплодных вод, безводный промежуток составил 20 часов. Масса тела при рождении составила 3145 г., оценка по шкале Апгар 6-8 баллов. После рождения ребенок наблюдался в отделении новорожденных на совместном пребывании с активным посещением. Учитывая стабильную прибавку в массе тела, на фоне не более 2-3 нерегулярных эпизодов срыгивания в сутки, а также удовлетворительное состояние по данным физикального осмотра и первичного обследования, ребенок был выписан домой под наблюдение участкового педиатра.

Объективный статус
16 сутки жизни. При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,9°С. +
Кожные покровы светло – бледные, с сероватым колоритом. Подкожно-жировой слой

развит достаточно. Периумбиликальная область без признаков воспаления, пупочная ранка сухая, практически эпителизирована, без гиперемии. +
На осмотр реагирует вяло, нарастание двигательной активности слабое. Глаза приоткрывает. Крик слабый. Мышечный тонус дистоничный, с преобладанием гипотонии. Рефлексы новорожденных вызываются с латентным промежутком, истощаемы. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,2х1,3 см. Напряжен. Малый родничок закрыт. +
Аускультативно в легких выслушивается пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. Отмечается тахипноэ до 75 в минуту. +
ЧСС - 156 ударов в минуту. Сердечные тоны несколько приглушены, шумы не выслушиваются. +
Живот не вздут, перистальтика кишечника выслушивается, несколько ослаблена. Печень {plus}2,5 см, селезенка не увеличена. Стула при осмотре не было. Мочится. +
Срочное бактериологическое исследование отрицательное.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- контроль уровня тромбоцитов в крови
- повторное определение прокальцитонина
- назначение витаминов группы В
- профилактика неонатальной гипербилирубинемии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- контроль уровня тромбоцитов в крови
- повторное определение прокальцитонина
- назначение витаминов группы В
- профилактика неонатальной гипербилирубинемии

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- контроль уровня тромбоцитов в крови
- повторное определение прокальцитонина
- назначение витаминов группы В
- профилактика неонатальной гипербилирубинемии

Диагноз

В качестве препарата выбора этиотропной терапии применяют

- умифеновир
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- зидовудин
- ацикловир

Препаратом резерва, который может использоваться при генерализованных формах инфекции, является

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- зидовудин
- видарабин
- налоксон

После окончания курса внутривенной терапии препаратом выбора у детей с диагностированной формой инфекции

- необходим 2-месячный курс назначения его внутрь по 75 мг/кг (разовая доза) 1 раз в сутки
- необходим прием пробиотиков длительно
- рекомендуется дополнительный прием витаминов группы В 1 месяц
- необходим месячный курс назначения его внутрь по 75 мг/кг (разовая доза) 2 раза в сутки

К показаниям для завершения медикаментозного лечения относят

- отсутствие маркеров воспаления в клиническом и биохимическом анализе крови
- отрицательные результаты ПЦР (кровь, ликвор) и стабилизацию состояния ребенка
- положительную динамику после 7 суток терапии
- регресс кожных проявлений после 14 суток терапии

При диагностированной форме инфекции

- необходимо сочетать пероральную форму препарата с парентеральной
- оптимально вводить препарат внутривенно медленно в течении часа
- возможно пероральное введение препарата строго в условиях стационара
- целесообразно внутримышечное введение препарата

При диагностированной форме инфекции рекомендуемая длительность лечения составляет (в сутках)

- 21 и более
- 10-14
- 15-18
- 7 и менее

Доза препарата выбора и кратность введения для терапии доношенных новорожденных составляет +_____+ мг/кг/сутки +_____+ раза в сутки

- 60; 2
- 40; 2
- 40; 3
- 60; 3

Доза препарата выбора и кратность введения для терапии недоношенных новорожденных с массой менее 1500г при рождении составляет +_____+ мг/кг/сутки +_____+ раза в сутки

- 60; 2
- 40; 2
- 40; 3
- 60; 3

Грудное вскармливание при герпетической инфекции у матери

- 60; 2
- 40; 2
- 40; 3
- 60; 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка 34 недели. Переведена в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД) на 4 сутки жизни в связи с участившимися эпизодами срыгиваний

Жалобы
На появление на начало 2 суток жизни выраженной вялости, обильных срыгиваний после кормления, беспричинного вскрикивания.

Анамнез заболевания
После рождения наблюдалась в отделении новорожденных. Со 2 суток жизни у ребенка нарастает вялость, участились эпизоды срыгивания, чаще обильно неизмененным молоком. Мама отмечает странные вскрикивания у ребенка после перевода на совместное пребывание.

Анамнез жизни
Недоношенная девочка у женщины 16 лет, (социальный анамнез отягощен, беженка) в женской консультации не наблюдалась, поступила в родильное отделение самотеком, от 2 беременности, наступившей самопроизвольно. Со слов женщины:1 беременность – выкидыш, 2 беременность – данная. Беременность протекала: 1триместр – без особенностей; 2 триместр – токсикоз легкой степени; 3 триместр - перенесла ОРВИ с подъемом температуры до 37,3°С, насморком, лечилась народными средствами. Первичный комплекс анализов при поступлении – реакция Вассермана положительная.

Особенности течения родов: 1 преждевременные самопроизвольные роды на 34 неделе гестации (безводный промежуток 10 ч. 15 мин). Ребенок извлечен с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов. В род. зале реанимационные мероприятия не проводились.
После рождения наблюдался в отделении новорожденных, на 2 сутки жизни была переведена на совместное пребывание с матерью. Находилась на смешанном вскармливании (мама налаживает лактацию). В массе тела - физиологическая убыль.
Со 2 суток жизни у ребенка нарастала вялость, участились эпизоды срыгивания, чаще обильно неизмененным молоком. Мама отмечает странные вскрикивания у ребенка после перевода на совместное пребывание.
Из дополнительного анамнеза: у матери при сборе анамнеза отмечена мелкая эрозия в области нижней губы слева, со слов – «простуда на губах», появилась около 1,5 месяцев назад.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка расценено как средней тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,5°С.
Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются участки мелкопластинчатого шелушения больше в области сгибательных поверхностей, сухость кожи. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. Пуповинный остаток в лигатуре, мумифицируется.
Голова: округлая, швы 2-3 мм. Большой родничок 1,3х2,0 см. Малый родничок закрыт. Родовая опухоль – в правой теменно-затылочной области, не напряжена, при пальпации мягкая. Ключицы целы, пальпируются по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный.
На осмотр реагирует некоторым двигательной активности, сонная. Глаза приоткрывает. Крик средней силы. Мышечный тонус с тенденцией к гипотонии. Рефлексы новорожденных вызываются с латентным промежутком, истощаемы.
Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено, хрипов нет. Оксигенируется устойчиво, дотации дополнительного кислорода не требуется. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого нет.
Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная.
Живот не вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень + 3,0 см, селезенка не увеличена. Стула при осмотре не было.
Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- 60; 2
- 40; 2
- 40; 3

- 60; 3

Результаты обследования

К патогномоничным признакам для врожденной ранней разновидности этой патологии относят

- инфильтрацию кожи Гохзингера
- специфический ринит
- остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера
- симптом Пепелицкого
- синдром Ашермана
- зубы Гетчинсона

Предполагаемым основным диагнозом является

- инфильтрацию кожи Гохзингера
- специфический ринит
- остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера
- симптом Пепелицкого
- синдром Ашермана
- зубы Гетчинсона

Диагноз

Во избежание реакции Герксгеймер-Яриша-Лукашевича у новорожденных следует

- увеличивать объем сопутствующей инфузионной терапии на 20-30 мл/кг/сутки
- включать в терапию антипаразитарные препараты, учитывая статус матери
- проводить терапию под контролем максимальной концентрации лекарственного препарата в сыворотке крови
- в первые сутки лечения назначать разовую дозу пенициллина не более 5000 ЕД на инъекцию

Препаратом выбора для специфической терапии является

- бензилпенициллина натриевая соль
- ампициллина натриевая соль {plus} клавулановая кислота
- азитромицин
- ампициллина натриевая соль

Препаратом резерва для специфической терапии у новорожденных является

- бензилпенициллина новокаиновая соль или бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
- только бензилпенициллина новокаиновая соль
- цефтриаксон или ампициллина натриевая соль

- любой препарат из группы пенициллинов в специальной дозировке

При выявлении патологических изменений в спинномозговой жидкости или в случае, если исследование не было проведено, не назначают

- стандартные дозы пенициллинов, только менингеальные
- цефалоспорины III поколения или макролиды
- карбапенемы под контролем показателей биохимического анализа крови
- дюрантные препараты пенициллина

При специфической терапии препарат выбора назначается +_____+ из расчета +_____+ ЕД/кг

- перорально; 100 000
- внутримышечно; 100 000
- внутривенно; 50 000
- внутримышечно; 50 000

К показаниям для проведения профилактического лечения новорожденного относится

- лечение матери до 32 недель беременности
- наличие у матери аллергической реакции на препарат выбора
- специфическое лечение матери эритромицином
- тяжелое состояние матери после родов

Одним из показаний для проведения дополнительного курса терапии после лечения нейросифилиса является

- отсутствие существенного снижения белка в цереброспинальной жидкости в течение 2 лет
- задержка психомоторного развития к возрасту 3 года и более
- позитивность реакции микропреципитации (РМП) более 1 года в цереброспинальной жидкости
- появление кожных симптомов после лечения

При врожденной манифестной форме заболевания рекомендованная продолжительность антибактериальной терапии составляет (в сутках)

- 40
- 20
- 28
- 38

Данные дополнительного анамнеза при опросе матери, а также результаты первичного комплекса анализов при поступлении, могут указывать на наличие у матери

- 40

- 20
- 28
- 38

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка 30 недель гестации, 2-ая из монохориальной диамниотической двойни, у женщины 38 лет, на 9 сутки жизни переведена в отделение патологии новорожденных для дальнейшего выхаживания и лечения.

Жалобы
Жалобы на нарастание дыхательных нарушений (тахипноэ до 78 в минуту), лабильную оксигенацию, периодическую потребность в кислородотерапии на конец 10 суток жизни.

Анамнез заболевания
При поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) была продолжена респираторная терапия CPAP. С целью стимуляции дыхательного центра и профилактики бронхолегочной дисплазии (БЛД), был назначен Кофеин-бензоат натрия. В возрасте 4 часов жизни, учитывая нарастание дыхательных нарушений до 3 баллов по шкале Сильверман, потребности в дополнительной дотации O~2~ до 35%, недоношенному ребенку методом Lisa повторно введен Сурфактант 100 мг/кг. В динамике дыхательные нарушения с уменьшением до 2 баллов по шкале Сильверман, без дополнительной дотации O~2~. Далее продолжалась респираторная терапия методом nCPAP, уже без дотации дополнительного кислорода. +
На 5 сутки жизни при попытке отлучения от респираторной терапии, дыхательные нарушения с нарастанием в динамике до 3-4-х баллов по шкале Сильвермана, нарастание тахикардии до 175-180 ударов в минуту, продолжена респираторная терапия CPAP. +
На 6 сутки жизни переведёна на масочную подачу кислорода. Через 8 часов, учитывая развитие тахипноэ до 80 в минуту, нарастание дыхательных нарушений до 3-х баллов по шкале Сильверман, тахикардии до 180-190 ударов в минуту переведёна снова на nCPAP.
На 8 сутки жизни переведёна на масочную подачу кислорода, через 9 часов респираторная терапия завершена. +
На 9 сутки жизни переведёна на масочную подачу кислорода, через 7 часов респираторная терапия завершена. +
В связи с дыхательными нарушениями с рождения, потребовавшими проведения респираторной терапии, нельзя было исключить течение врожденной пневмонии, была назначена антибактериальная терапия: сультамициллин (Амписид). По результатам первичного обследования при поступления воспалительных изменений не было выявлено, антибактериальная терапия была продолжена. При обследовании на 3 сутки жизни, воспалительных изменений не выявлено, маркеры воспаления отрицательные, антибактериальная терапия была завершена, выставлен диагноз: Респираторный

дистресс-синдром. +
В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД) ребенок был переведен и наблюдался без респираторной терапии, без дотации дополнительного кислорода, дыхательные нарушения не отмечались, оксигенировался стабильно.

Анамнез жизни
Недоношенная девочка 2-ая из монохориальной диамниотической двойни у женщины 38 лет от 2 беременности (наступила в результате 5-й попытки ЭКО). Беременность протекала: I триместр: 10 недель - ОРВИ/ОРЗ с подъёмом Т тела до 37,8°С (лечилась народными методами). Мазок на флору - лейкоциты до 20 в поле зрения. Пренатальный скрининг I триместра: норма. +
II триместр: анемия, принимала препараты железа (сорбифер-переносила хорошо) +
По УЗИ признаки истмикоцервикальной недостаточности (ИЦН) - хирургическая коррекция путем наложение циркулярного шва на шейку матки мерсиленовой лентой. Учитывая данные посева мочи и клинику цистита принимала канефрон, а также антибактериальную терапию (цефотаксим, супракс). Принимала нифедипин, гинипрал. +
Введен антирезусный иммуноглобулин. ОГТТ в норме. +
От 1 преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения (начало родовой деятельности, недоношенный срок беременности, тазовое предлежание 2 плода из монохориальной двойни, в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий, а также преждевременное излитие околоплодных вод 1 плода). +
Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. В родзале проведен "милкинг" пуповины. Проводились реанимационные мероприятия - СРАР маской. В возрасте 12 минут жизни, учитывая нарастание дыхательных нарушений до 3 баллов по шкале Сильверман, потребность в дополнительной дотации O~2~ до 40%, недоношенному ребенку введен Сурфактант 200 мг/кг малоинвазивным методом LISA с положительным эффектом, в динамике дыхательные нарушения с регрессом до 2 баллов по Сильверман, без дополнительной дотации O~2~, оксигенируется удовлетворительно. В тяжелом состоянии на неинвазивной ИВЛ в транспортном инкубаторе доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Объективный статус
ЧД 46/мин, ЧСС 150/мин, АД 72/34/60 мм рт. ст., SpO~2~ 87-91% +
Т тела 37,3°С доп. O~2~ 1,5 л/мин +
Состояние ребенка тяжёлое. Наблюдается в микроклимате кувеза, термолабилен. +
Отмечается лабильность оксигенации в пределах 85-90%, появление потребности в дополнительной дотации O~2~ из расчета 1,5 л/мин. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана. Периодически отмечается тенденция к тахипноэ до 78 в минуту. Грудная клетка симметричная, не вздута. Аускультативно дыхание проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. +
Показатели гемодинамики стабильные, периферическая пульсация удовлетворительных свойств. +
Живот умеренно вздут, не напряжен, перистальтика кишечника выслушивается, умеренно ослаблена. По желудочному зонду без патологического отделяемого.

Энтеральное питание в объеме 160 мл/кг/сутки через зонд капельно за 60 минут усваивает, кормится грудным молоком в сочетании с молочной смесью Пренутрилон 0. Стула при осмотре не было. Мочится диурез 5,4 мл/кг/ч.

К необходимым исследованиям для верификации диагноза относят

- 40
- 20
- 28
- 38

Результаты обследования

К дополнительным рекомендованным методам исследования данной нозологии относят

- 40
- 20
- 28
- 38

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом является

- 40
- 20
- 28
- 38

Диагноз

Прокальцитониновый тест более чувствительный и показан при диагностике

- вирусной инфекции, а не бактериальной
- врожденной инфекции, а не нозокомиальной
- нозокомиальной инфекции, а не врожденной
- бактериальной инфекции, а не вирусной

В стартовой схеме эмпирической антибактериальной терапии, в отсутствии данных о резистентности микрофлоры, используется введение комбинации препаратов

- ванкомицин и сульперазон
- ампициллин и гентамицин
- сультамициллин и гентамицин
- азитромицин и эритромицин

В ходе медикаментозной терапии антибиотиками предпочтение отдается +_____+ введению препаратов

- пероральному
- ингаляционному
- внутривенному
- внутримышечному

Целенаправленная антибактериальная терапия в случаях подтвержденного высева у матери флоры, резистентной к стартовой схеме, рекомендована препаратами

- амоксициллин {plus} клавулановая кислота
- ампициллин и гентамицин
- ванкомицин и сульперазон
- сульбактам и ампициллин

Новорожденным в данной клинической ситуации не рекомендуется назначать препараты, содержащие амоксициллин и клавулановую кислоту, в связи с

- выраженным ототоксическим и нефротоксическим действием
- несовместимостью препарата с грудным вскармливанием
- возможным неблагоприятным воздействием клавулановой кислоты на кишечную стенку
- невозможностью пероральной дотации препарата

Продолжительность и тактика антибактериальной терапии при данной патологии

- определяется в каждом случае индивидуально и зависит от тяжести состояния ребенка и нормализации клинических и лабораторных данных
- составляет в среднем 10 суток, может быть завершена ранее при нормализации клинического анализа крови
- составляет 7 суток при неосложненном течении, 21 сутки при тяжелом течении
- зависит от степени недоношенности и морфофункциональной зрелости

Повышенный уровень прокальцитонина в сыворотке крови на 7 сутки антибактериальной терапии свидетельствует о

- правильности выбранной тактики и препарата
- присоединении бактериальной супер-инфекции
- необходимости продолжения или смены антибактериальной терапии
- вирусной этиологии заболевания, осложненном течении

Диагноз «неонатальная пневмония» правомочен с 73 часа жизни до +__+ суток жизни

- 28
- 30
- 35

- 40

Для подтверждения диагноза используются две группы критериев: основной и вспомогательные. Диагноз подтвержден при наличии

- 28
- 30
- 35
- 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик в возрасте 20 суток жизни поступил в отделение патологии новорожденных.

Жалобы
Жалобы на прозрачно-желтоватое отделяемое из пупочной ранки на протяжении недели после отпадания пупочного остатка.

Анамнез заболевания
У ребенка на 12 сутки жизни отпал пупочный остаток, периодически отмечаются непостоянное покраснение и прозрачно-желтоватое отделяемое, неприятный запах, на подгузнике на поясе остается сукровица.

Анамнез жизни
Ребенок родился у женщины 37 лет от 1 беременности, протекавшей без особенностей, от 1 своевременных физиологических родов на 38 неделе беременности. Масса тела при рождении 2850 г, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. После рождения ребенок в удовлетворительном состоянии наблюдался в послеродовом отделении совместно с матерью. Выписаны из стационара на 5 сутки. Находится на смешанном вскармливании, мама считает, что ребенку не хватает грудного молока. В массе тела прибавляет.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 37,1°С. Кожные покровы розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Периумбиликальная область пастозная, пупочное кольцо на момент осмотра гиперемировано. На подгузнике на поясе отмечается пятно со следами крови. Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 0,5х0,8 см. Малый родничок закрыт. Мышечный тонус дистоничный. Рефлексы новорожденных вызываются. Патологической неврологической симптоматики не выявлено. Дыхательных нарушений нет. Аускультативно в легких выслушивается пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 134 ударов в минуту. Сердечные тоны ясные, шумы не выслушиваются. Живот несколько увеличен в объеме, перистальтика кишечника выслушивается активная.

Печень {plus}
1,5 см, селезенка не увеличена. Стула при осмотре не было.

К методам обследования для постановки диагноза относятся

- 28
- 30
- 35
- 40

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 28
- 30
- 35
- 40

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая полученные клинико-анамнестические данные, предполагаемый диагноз

- 28
- 30
- 35
- 40

Диагноз

Наиболее частым осложнением омфалита является

- перитонит
- сепсис
- абсцесс почки
- некротизирующий энтероколит

До получения результатов посева и чувствительности микрофлоры назначается антибактериальная терапия препаратами из группы

- цефалоспоринов
- пенициллинов в сочетании с аминогликозидами
- линкозамидов
- макролидов

При идентификации метициллин-резистентном Staphylococcus aureus назначаются препараты из группы

- пенициллинов
- макролидов
- аминогликозидов
- гликопептидов

При покраснении только пупочного кольца, при отсутствии других симптомов, лечение

- проводится местно - обработка 3% раствором перекиси водорода
- не требуется
- проводится местно анилиновыми красителями
- заключается в антибактериальной терапии

В случае неэффективности лечения выбранным антибактериальным препаратом более трех дней, тактика заключается в

- смене антибактериальной терапии на цефалоспорины II поколения (цефуроксим)
- в том, что следует добавить в план лечения местную терапию
- необходимости вызова детского хирурга для решения вопроса об оперативном лечении
- в том, что следует дождаться окончания полного курса антибактериальной терапии

При наличии таких признаков, как покраснение, отек пупочного кольца и подкожно-жировой клетчатки вокруг, неприятный запах, рекомендуется

- удалить культю пуповины и наложить асептическую повязку на периумбиликальную область
- промыть периумбиликальную область с пуповинным остатком дистиллированной водой
- удалить культю пуповины и обработать пупочную ранку водным 1% раствором анилиновых красителей
- не удаляя культю пуповины, провести местную обработку водным 1% раствором анилиновых красителей

Для проведения противоэпидемических мероприятий в установленном порядке, лечащий врач оперативно доводит информацию до заведующего отделения и госпитального эпидемиолога в случае диагностирования

- любой формы омфалита
- только некротической формы омфалита
- флегмонозной и/или некротической формы омфалита
- флегманозной и катаральной формы омфалита

При уходе за пуповинным остатком необходимо

- обрабатывать раствором перекиси водорода через день
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины

К профилактике омфалита относится

- обрабатывать раствором перекиси водорода через день
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик в возрасте 22 суток жизни поступил в отделение патологии новорожденных.

Жалобы
Жалобы на прозрачно-желтоватое отделяемое из пупочной ранки на протяжении недели после отпадания пупочного остатка.

Анамнез заболевания
У ребенка на 10 сутки жизни отпал пупочный остаток, периодически отмечаются непостоянное покраснение и прозрачно-желтоватое отделяемое, неприятный запах, на подгузнике на поясе остается сукровица.

Анамнез жизни
Ребенок родился у женщины 35 лет от 3 беременности, протекавшей без особенностей, от 3 своевременных физиологических родов на 40 неделе беременности. Масса тела при рождении 3850 г, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. После рождения ребенок в удовлетворительном состоянии наблюдался в послеродовом отделении совместно с матерью. Выписаны из стационара на 5 сутки. Находится на смешанном вскармливании, мама считает, что ребенку не хватает грудного молока. В массе тела прибавляет.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 37,8°С. Ребенок на искусственном вскармливании, получает молочную адаптированную смесь НАН, в течение последних трех дней появились срыгивания. Сосет из бутылочки вяло, со слов мамы все время спит. +
Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Кожа в области пупка гиперемирована с синюшным оттенком, некроз и отслойка от подлежащих тканей с образованием обширной раны. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,0х1,0 см. Малый родничок закрыт. +

Мышечный тонус снижен. Рефлексы новорожденных вызываются. Патологической неврологической симптоматики не выявлено. Дыхательных нарушений нет. Аускультативно в легких выслушивается пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 134 ударов в минуту. Сердечные тоны ясные, шумы не выслушиваются. Живот несколько увеличен в объеме, перистальтика кишечника выслушивается активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Стула при осмотре не было.

К методам обследования для постановки диагноза относятся

- обрабатывать раствором перекиси водорода через день
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- обрабатывать раствором перекиси водорода через день
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая полученные клинико-анамнестические данные, предполагаемый диагноз

- обрабатывать раствором перекиси водорода через день
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины

Диагноз

Наиболее частым осложнением омфалита является

- абсцесс почки
- пневмония
- некротизирующий энтероколит
- сепсис

До получения результатов посева и чувствительности микрофлоры назначается антибактериальная терапия препаратами из группы

- линкозамидов

- макролидов
- пенициллинов в сочетании с аминогликозидами
- цефалоспоринов

При идентификации метициллин-резистентном Staphylococcus aureus назначаются препараты из группы

- макролидов
- аминогликозидов
- пенициллинов
- гликопептидов

Дополнительно при проведении обследования при некротической форме омфалита

- показано парентеральное питание
- показана обработка 3% раствором перекиси водорода
- показана местная терапия анилиновыми красителями
- показана консультация детского хирурга

В случае неэффективности лечения выбранным антибактериальным препаратом более трех дней, рекомендовано

- назначить гликопептид - ванкомицин 15 мг/кг каждые 8 часов в течение 7 дней
- добавить к терапии еще один антибактериальный препарат
- дождаться окончания полного курса антибактериальной терапии
- добавить в план лечения обработку пупочной ранки раствором марганцовокислого калия

При наличии таких признаков, как покраснение, отек пупочного кольца и подкожно-жировой клетчатки вокруг, неприятный запах, рекомендуется

- промыть периумбиликальную область с пуповинным остатком дистиллированной водой
- удалить культю пуповины и обработать пупочную ранку водным 1% раствором анилиновых красителей
- не удаляя культю пуповины, провести местную обработку водным 1% раствором анилиновых красителей
- удалить культю пуповины и наложить асептическую повязку на периумбиликальную область

Для проведения противоэпидемических мероприятий в установленном порядке, лечащий врач оперативно доводит информацию до заведующего отделения и госпитального эпидемиолога в случае диагностирования

- только флегмонозной формы омфалита
- любого инфекционного поражения кожи
- флегмонозной и/или некротической формы омфалита

- любой формы омфалита

При уходе за пуповинным остатком необходимо

- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- обрабатывать раствором перекиси водорода через день

К профилактике омфалита относят

- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- обрабатывать раствором перекиси водорода через день

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик в возрасте 3 суток жизни поступил в отделение патологии новорожденных.

Жалобы
Жалобы на покраснение пупочного кольца и кожи вокруг него.

Анамнез заболевания
Доношенный мальчик на 3 сутки жизни готовился к выписке из родильного дома, однако при осмотре у ребенка отмечены гиперемия пупочного кольца, отека нет. Был выставлен диагноз: Омфалит? Переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Анамнез жизни
Ребенок родился у женщины 20 лет от 1 беременности, протекавшей без особенностей, от 1 своевременных физиологических. Масса тела при рождении 3800 г, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. После рождения ребенок в удовлетворительном состоянии наблюдался в послеродовом отделении совместно с матерью. Находился на свободном грудном вскармливании. В весе отмечается физиологическая убыль массы тела (- 8% от веса при рождении).

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Отмечается гиперемия пупочного кольца, отека и инфильтрации нет. Пуповинный остаток мумифицируется. Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 2,0х1,5 см. Малый родничок закрыт. Мышечный тонус удовлетворительный. Рефлексы новорожденных вызываются. Патологической неврологической симптоматики не выявлено. Дыхательных

нарушений нет, ЧД – 48 дыханий в минуту. Аускультативно в легких выслушивается пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 148 ударов в минуту. Сердечные тоны ясные, шумы не выслушиваются. Живот не вздут, перистальтика кишечника выслушивается активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Стул при осмотре желтый, кашицеобразный, патологических примесей нет.

К методам обследования для постановки диагноза относят

- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- обрабатывать раствором перекиси водорода через день

Результаты обследования

Для ухода за пуповинным остатком

- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- обрабатывать раствором перекиси водорода через день

Результаты обследования

Учитывая полученные клинико-анамнестические данные, предполагаемый диагноз

- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым
- обрабатывать раствором перекиси водорода через день

Диагноз

При покраснении только пупочного кольца, при отсутствии других симптомов

- показана антибактериальная терапия
- показана местная терапия анилиновыми красителями
- показана обработка 3% раствором перекиси водорода
- лечение не требуется

Культю пуповины стоит удалить

- при наличии выделений из пупочной культи
- при наличии таких признаков, как покраснение, отек пупочного кольца и подкожно-жировой клетчатки вокруг, неприятный запах
- только при некротической форме
- только после консультации детского хирурга

При уходе за пуповинным остатком необходимо

- дополнительное подвязывание пуповины для ускорения отпадения пуповины
- обрабатывать раствором перманганата калия через день
- ежедневно обрабатывать 2% спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- содержать пуповинный остаток сухим и чистым

К профилактике омфалита относят

- обработку пуповинного остатка 3% раствором перекиси водорода
- отсечение пуповинного остатка на 3-4 сутки жизни
- обработку пуповинного остатка анилиновыми красителями
- совместное пребывание матери и ребенка, свободное, исключительно грудное вскармливание

В случае загрязнения (мочой, калом) пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца необходимо

- промыть водой с жидким мылом, используемым в отделении, и осушить чистой марлевой салфеткой
- обработать анилиновыми красителями
- обработать 3% раствором перекиси водорода
- обработать 70% раствором спирта

Для первичной обработки пуповины наиболее надежным и безопасным является

- одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток
- лигатура
- скобка Роговина
- марлевая повязка

Пластиковый зажим накладывается на пуповину на расстоянии от пупочного кольца

- чем ближе, тем лучше
- 2-3 см, но не менее 1 см
- до 5 см
- 0,5 см

После рождения ребенка рекомендуется пережать и пересечь пуповину

- через 10-20 секунд
- через 20 минут
- пока не прекратится пульсация сосудов
- через 1 минуту

Новорождённого выписать из родильного дома можно

- через 10-20 секунд
- через 20 минут
- пока не прекратится пульсация сосудов
- через 1 минуту

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенная девочка 40 недель гестации, в возрасте 12 суток жизни для дальнейшего наблюдения и лечения поступила в отделение патологии новорожденных.

Жалобы
На появление у ребенка на 10 сутки жизни небольших пузырей на красноватом фоне с прозрачным или светло-желтым содержимым, при вскрытии с образованием эрозивных поверхностей, больше в области внутренней стороны бедер.

Анамнез заболевания
После выписки домой, семью навещали родственники, на 6 сутки жизни ребенка мама отметила красноватые пятна на ножках в области бедер и паховых складок, на 7 сутки жизни на их месте появились пузыри с прозрачным содержимым, некоторые стали слегка мутными и желтоватыми, если пузырь вскрывался – оставалась эрозия. Ребенок стал более вялым, температура максимум поднималась до 37,4°С.

Анамнез жизни
Доношенная девочка у женщины 26 лет, от 1 беременности, наступившей самопроизвольно. Беременность протекала в 1 триместре без особенностей, во 2 триместре токсикоз лёгкой степени, в 3 триместре анемия, принимала препараты железа. +
Роды своевременные, оперативные, путем операции кесарева сечения в связи со слабостью родовой деятельности. Извлечена живая девочка с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок наблюдался в послеродовом отделении с мамой на совместном пребывании после перевода мамы из реанимации. Энтеральное питание начато в течение первого часа жизни, в дальнейшем докармливалась искусственной смесью, так как мать считала, что грудного молока мало.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка расценено как средней степени тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,5°С. +
Кожные покровы розовые, в области медиальной поверхности бедер, паховых складках, коже передней брюшной стенки внизу живота отмечаются вялые фликтены от 0,5 см до 1,5 см с бледно-желтоватым содержимым, на месте вскрывшихся элементов. +
Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,5х2,0 см, не напряжен, не выбухает. Малый родничок точечный. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине.

Симптом соскальзывания - отрицательный. +
Неврологический статус: На осмотр реагирует слабым нарастанием двигательной активности. Глаза приоткрывает. Крик средней силы. Мышечный тонус дистоничный, с преобладанием гипотонии. Рефлексы новорожденных вызываются, истощаемы. +
Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Дыхательных нарушений при осмотре не отмечается. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная. +
Система пищеварения: Живот не вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Стул при осмотре был, самостоятельный, без патологических примесей. +
Мочеполовая система: Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- через 10-20 секунд
- через 20 минут
- пока не прекратится пульсация сосудов
- через 1 минуту

Результаты обследования

Дифференциальную диагностику в младенческом возрасте целесообразно проводить с такими заболеваниями как

- герпетическая инфекция новорожденного
- буллезный эпидермолиз
- атопический дерматит, тяжелое течение
- эритема индуративная Базена
- многоформная экссудативная эритема
- сифилитическая пузырчатка

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- герпетическая инфекция новорожденного
- буллезный эпидермолиз
- атопический дерматит, тяжелое течение
- эритема индуративная Базена
- многоформная экссудативная эритема
- сифилитическая пузырчатка

Диагноз

При данной патологии проведение антибактериальной терапии показано

- при любой форме
- в случае выраженной интоксикации
- только при злокачественной форме
- при неэффективности местного лечения более 5 дней

Госпитализация ребенка с пузырчаткой новорожденных показана в отделение патологии новорождённых

- при неэффективности местного лечения более 5 дней
- в случае выраженной интоксикации
- только при злокачественной форме
- при любой форме

При назначении антибактериальной терапии в данном случае, с учетом результатов обследования, предпочтительнее препараты из группы

- фторхинолонов
- макролидов
- защищенных пенициллинов
- цефалоспоринов 1-2 поколения

При появлении новых пузырей на любом участке кожи рекомендуется

- обработать элемент 3% раствором перекиси водорода
- провести дренаж - осторожно вскрыть их стерильной иглой, обработать
- рассмотреть вопрос о назначении ретиноидов
- аккуратно провести перевязку, не вскрыв покрышку пузыря

В тяжелых случаях, помимо основной терапии, эффективно использование

- ультразвуковой терапии
- криотерапии
- диетотерапии
- иммунотерапии

При доброкачественном течении заболевания симптом Никольского

- отрицательный
- не определяется
- может быть положительным
- строго положительный

Физиотерапевтические методы терапии при данной патологии

- допустимы только при доброкачественном течении болезни
- рекомендованы при первых признаках заболевания
- можно применить после консультации физиотерапевта

- противопоказаны

Изоляция новорожденного ребенка с данной патологией в стационаре

- рекомендована при тяжелом поражении
- необходима, если это единичный случай
- необходима при любой форме заболевания
- не показана

Возбудителями этого заболевания помимо стрептококков часто является

- рекомендована при тяжелом поражении
- необходима, если это единичный случай
- необходима при любой форме заболевания
- не показана

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик 36 недель гестации в возрасте 4 суток жизни для дальнейшего наблюдения и лечения поступил в отделение патологии новорожденных.

Жалобы
На появление у ребенка на 4 сутки жизни небольших пузырей на красноватом фоне с прозрачным или светло-желтым содержимым на передней брюшной стенке.

Анамнез заболевания
На 3 сутки жизни мама отметила, что ребенок стал вялым, плохо сосет или отказывается от груди, температура тела поднималась до 37,4°С.

Анамнез жизни
Недоношенный мальчик родился у женщины 30 лет, от 2 беременности, наступившей самопроизвольно. Беременность протекала с обострением пиелонефрита в 3 триместре (получала антибактериальную терапию). +
Роды своевременные на 36 неделе. Ребенок родился с массой тела 2445г, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Реанимационных мероприятий не проводилось. Наблюдался в послеродовом отделении с мамой на совместном пребывании. На искусственном вскармливании, мать отказалась кормить грудью, так как считает, что грудное вскармливание повлияет негативно на форму груди.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка расценено как средней степени тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,3°С. +
Кожные покровы розовые, в области паховых складок, на коже передней брюшной стенки внизу живота отмечаются вялые фликтены от 0,5 см до 1,5 см с бледно-желтоватым содержимым, на месте вскрывшихся элементов. Видимые слизистые

розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит слабо. Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобке, мумифицируется. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,5х2,0 см, не напряжен, не выбухает. Малый родничок точечный. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +
На осмотр реагирует слабым нарастанием двигательной активности. Глаза приоткрывает. Крик средней силы. Мышечный тонус снижен. Рефлексы новорожденных вызываются, истощаемы. +
Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Дыхательных нарушений при осмотре не отмечается. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная. +
Живот не вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень + 1,5 см, селезенка не увеличена. Стул при осмотре был, самостоятельный, без патологических примесей. +
Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

—

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- рекомендована при тяжелом поражении
- необходима, если это единичный случай
- необходима при любой форме заболевания
- не показана

Результаты обследования

Дифференциальную диагностику в младенческом возрасте целесообразно проводить с такими заболеваниями как

- многоформная экссудативная эритема
- герпетическая инфекция новорожденного
- атопический дерматит, тяжелое течение
- буллезный эпидермолиз
- эритема индуративная Базена
- сифилитическая пузырчатка

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- многоформная экссудативная эритема
- герпетическая инфекция новорожденного
- атопический дерматит, тяжелое течение
- буллезный эпидермолиз
- эритема индуративная Базена

- сифилитическая пузырчатка

Диагноз

Проведение антибактериальной терапии при данной патологии показано

- в случае выраженной интоксикации
- при неэффективности местного лечения более 5 дней
- при любой форме
- только при злокачественной форме

Госпитализация ребенка в отделение патологии новорождённых показана

- при неэффективности местного лечения более 5 дней
- при любой форме
- в случае выраженной интоксикации
- только при злокачественной форме

При назначении антибактериальной терапии в данном случае, с учетом результатов обследования, предпочтительнее препараты из группы

- фторхинолонов
- защищенных пенициллинов
- макролидов
- цефалоспоринов 1-2 поколения

При появлении новых пузырей на любом участке кожи рекомендуется

- аккуратно провести перевязку, не вскрыв покрышку пузыря
- обработать элемент анилиновым красителем, и «вести» его открытым способом до регресса элемента
- рассмотреть вопрос о назначении ретиноидов
- провести дренаж - осторожно вскрыть их стерильной иглой, обработать

В тяжелых случаях, помимо основной терапии, эффективно использование

- ультразвуковой терапии
- диетотерапии
- иммунотерапии
- криотерапии

При доброкачественном течении заболевания симптом Никольского

- положительный
- может быть положительным
- отрицательный
- может быть отрицательным

Физиотерапевтические методы терапии при данной патологии

- рекомендованы при первых признаках заболевания
- противопоказаны
- можно применить после консультации физиотерапевта
- допустимы только при доброкачественном течении болезни

Изоляция новорожденного ребенка с данной патологией в стационаре

- необходима, если это единичный случай
- не показана
- необходима при любой форме заболевания
- рекомендована при тяжелом поражении

Возбудителями этого заболевания помимо стафилококков часто является

- необходима, если это единичный случай
- не показана
- необходима при любой форме заболевания
- рекомендована при тяжелом поражении

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенная девочка с гестационным возрастом 35 недель переведена в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД) на 2 сутки жизни.

Жалобы
На появление на конец 1 суток жизни у ребенка пузырей с мутным содержимым в области подошв и ладоней, при вскрытии с образованием эрозивных поверхностей, трудности с грудным вскармливанием.

Анамнез заболевания
После рождения наблюдался на совместном пребывании с матерью. На конец 1 суток жизни у ребенка при осмотре отмечено появление пузырей с мутным содержимым в области подошв, при вскрытии с образованием эрозивных поверхностей. В динамике отмечалось появление новых пузырей на ладонях, проводилась обработка. Так же мама ребенка отмечает трудности с грудным вскармливанием.

Анамнез жизни
Недоношенная девочка от 2 беременности, наступившей самопроизвольно. (1 беременность – медицинский аборт по желанию женщины), протекавшей на фоне: +
* 1 триместр – токсикоз легкой степени,
* 2 триместр – токсикоз легкой степени, анемия, (принимала препараты железа),
* 3 триместр не наблюдалась ввиду отъезда, со слов – без особенностей. +
Особенности течения родов: 1 преждевременные самопроизвольные роды на 35 неделе

(безводный промежуток 7ч 45 мин). Масса тела при рождении 2300г, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. В род. зале реанимационные мероприятия не проводились. +
После рождения наблюдалась в палате совместно с матерью. Находилась на смешанном вскармливании (трудности с грудным вскармливанием). В конце 1 суток жизни у ребенка при осмотре отмечено появление пузырей с мутным содержимым в области подошв, при вскрытии которых образуются эрозивные поверхности. В динамике отмечалось появление новых пузырей на ладонях, проводилась обработка.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,2°С. +
Кожные покровы розовые, стопы и кисти рук под асептической повязкой, при осмотре без повязки, отмечаются участки крупно пластинчатого шелушения на фоне эрозивных изменений, пузыри с мутным содержимым, участки мелко пластинчатого шелушения больше в области сгиба тельных поверхностей. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,0х1,2 см. Малый родничок закрыт. Родовая опухоль - практически регрессировала (в теменно-затылочной области) Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +
На осмотр реагирует нарастанием двигательной активности. Глаза открывает. Крик средней силы. Мышечный тонус дистоничный, с преобладанием гипотонии. Рефлексы новорожденных вызываются, но быстро истощаются. +
Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено, выслушиваются единичные проводные хрипы. Оксигенируется устойчиво, дотации дополнительного кислорода не требуется. Носовое дыхание несколько затруднено, отмечается слизисто-серозное отделяемое в умеренном количестве. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная. +
Живот не вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень + 2,5 см, селезенка не увеличена. Стул при осмотре был, самостоятельный, без патологических примесей. +
Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

<u>К основным методам обследования для постановки диагноза относится</u>

- необходима, если это единичный случай
- не показана
- необходима при любой форме заболевания
- рекомендована при тяжелом поражении

Результаты обследования

Для верификации диагноза у новорожденной с подобной клинической картиной рекомендовано проконсультировать ребенка у

- кардиолога
- оториноларинголога
- офтальмолога
- невролога
- эпидемиолога
- детского хирурга

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- кардиолога
- оториноларинголога
- офтальмолога
- невролога
- эпидемиолога
- детского хирурга

Диагноз

Лечение новорожденных с такой патологией проводится

- в стационарных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза
- в амбулаторных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания
- в стационарных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания
- в амбулаторных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза

Препаратом выбора для специфической терапии является

- бензилпенициллина натриевая соль
- карбапенем
- цефтриаксон
- ванкомицин

Препаратом резерва для специфической терапии у новорожденных является

- бензилпенициллина новокаиновая соль или бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
- только бензилпенициллина новокаиновая соль
- цефтриаксон или ампициллина натриевая соль
- любой препарат из группы карбапенемов

При выявлении патологических изменений в спинно-мозговой жидкости (СМЖ), или в случае, если исследование не было проведено, не назначают

- препараты перорально или внутримышечно
- цефалоспорины III поколения
- стандартные дозы пенициллинов, только менингеальные
- дюрантные препараты пенициллина

При специфической терапии препарат выбора назначается +_____+ из расчета +_____+ ЕД /кг

- внутримышечно; 50 000
- внутримышечно; 100 000
- перорально; 100 000
- внутривенно; 50 000

К одним из показаний к проведению профилактического лечения новорожденной относится

- лечение матери до 32 недели беременности
- наличие у матери аллергической реакции на препарат выбора
- тяжелое состояние матери после родов
- специфическое лечение матери эритромицином

При специфической терапии препарат выбора назначается +____+ раз(а) в сутки, путь введения

- 6; любой
- 2; внутривенный
- 4; внутримышечный
- 4; пероральный

При врожденной манифестной форме заболевания рекомендованная продолжительность антибактериальной терапии составляет

- 2 недели
- 28 суток
- 1 месяц
- 20 суток

Диспансерное наблюдение детей, перенесших данное заболевание, проводится в течение

- 2 недели
- 28 суток
- 1 месяц
- 20 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенная девочка переведена в отделение патологии новорожденных на 5 сутки жизни.

Жалобы
С рождения – состояние очень тяжелое.

Анамнез заболевания
После рождения состояние очень тяжелое за счет дыхательных нарушений. У ребенка при осмотре отмечены пузыри с мутным содержимым в области ладоней и подошв, при вскрытии с образованием эрозивных поверхностей. В динамике отмечалось появление новых пузырей на ладонях.

Анамнез жизни
Доношенная девочка от 3 беременности, наступившей самопроизвольно, на учете в женской консультации женщина не состояла. +
Особенности течения родов: 1 преждевременные самопроизвольные роды на 39-40 неделе (безводный промежуток 18 часов). Масса тела при рождении 2600 г, оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. В род. зале проводились реанимационные мероприятия – ИВЛ мешком Амбу, интубация трахеи, ИВЛ. Переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), на 5 сутки переведена в отделение патологии новорожденных. +
У ребенка при осмотре отмечено появление пузырей с мутным содержимым в области подошв, при вскрытии которых образуются эрозивные поверхности. В динамике отмечалось появление новых пузырей на ладонях, проводилась обработка.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,2°С. +
Кожные покровы с желтушным оттенком, стопы и кисти рук под асептической повязкой, при осмотре без повязки, отмечаются участки крупно пластинчатого шелушения на фоне эрозивных изменений, пузыри с мутным содержимым, участки мелко пластинчатого шелушения больше в области сгибательных поверхностей. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,0х1,2 см. Малый родничок закрыт. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +
Неврологический статус: при осмотре угнетена, но реагирует нарастанием двигательной активности. Глаза открывает. Крик слабый. Мышечная гипотония, рефлексы новорожденных вызываются, но быстро истощаются. +
Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Аускультативно дыхание

проводится по всем легочным полям, ослаблено, выслушиваются мелко пузырчатые и проводные хрипы. Оксигенируется устойчиво, дотации дополнительного кислорода не требуется. Носовое дыхание затруднено, отмечается слизисто-серозное отделяемое. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная. +
Живот вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень + 7 см, плотная, селезенка не увеличена. Стул при осмотре был, самостоятельный, без патологических примесей. +
Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- 2 недели
- 28 суток
- 1 месяц
- 20 суток

Результаты обследования

Для верификации диагноза у новорожденного с подобной клинической картиной рекомендовано проконсультировать ребенка

- неврологом
- детским хирургом
- оториноларингологом
- кардиологом
- офтальмологом
- эпидемиологом

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- неврологом
- детским хирургом
- оториноларингологом
- кардиологом
- офтальмологом
- эпидемиологом

Диагноз

Лечение новорожденных с такой патологией проводится

- в амбулаторных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза
- в стационарных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза

- в амбулаторных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания
- в стационарных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания

Препаратом выбора для специфической терапии является

- карбапенем
- бензилпенициллина натриевая соль
- ванкомицин
- цефтриаксон

Препаратом резерва для специфической терапии у новорожденных является

- бензилпенициллина новокаиновая соль или бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
- любой препарат из группы карбапенемов
- цефтриаксон или ампициллина натриевая соль
- только бензилпенициллина новокаиновая соль

При выявлении патологических изменений в спинно-мозговой жидкости (СМЖ), или в случае, если исследование не было проведено, не назначают

- стандартные дозы пенициллинов, только менингеальные
- дюрантные препараты пенициллина
- препараты перорально или внутримышечно
- цефалоспорины III поколения

При специфической терапии препарат выбора назначается +_____+ из расчета +_____+ ЕД /кг

- внутримышечно; 50 000
- внутримышечно; 100 000
- внутривенно; 50 000
- перорально; 100 000

К одним из показаний к проведению профилактического лечения новорожденного относят

- лечение матери до 32 недели беременности
- наличие у матери аллергической реакции на препарат выбора
- тяжелое состояние матери после родов
- специфическое лечение матери эритромицином

При специфической терапии препарат выбора назначается +_____+ раз/раза в сутки, путь введения

- 2; внутривенный
- 4; пероральный
- 4; внутримышечный
- 6; любой

При врожденной манифестной форме заболевания рекомендованная продолжительность антибактериальной терапии составляет

- 28 суток
- 1 месяц
- 2 недели
- 20 суток

Диспансерное наблюдение детей, перенесших данное заболевание, проводится в течение

- 28 суток
- 1 месяц
- 2 недели
- 20 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенная девочка переведена в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД) на 2 сутки жизни.

Жалобы
Активных жалоб на момент осмотра нет. Учитывая отягощенный анамнез матери во время беременности, проведение неполного курса терапии, по рекомендации инфекциониста для проведения ребенку обследования и профилактики переведена в ОПНиНД.

Анамнез заболевания
Женщине 23 года, 3 беременность, протекала: 1 триместр - токсикоз легкой степени; 2 триместр - без особенностей; 3 триместр - перенесла сифилис, пролечена. Находилась на обследовании и лечении в Родильном доме при инфекционной клинической больнице с диагнозом: сифилис скрытый, ранний. Рекомендовано ребенку после рождения провести профилактическое лечение и обследование.

Анамнез жизни
Доношенная девочка у женщины 23 лет, от 3 беременности (1 беременность 2014 г - острая гипоксия плода, абсолютная короткость пуповины, роды путем операции кесарева сечения, девочка здорова; 2 беременность - неразвивающаяся в 2016 г). Беременность протекала: в 1 триместре с токсикозом легкой степени; во 2 триместре - без особенностей; в 3 триместре перенесла сифилис, пролечена. Находилась на

обследовании и лечении в Родильном доме при инфекционной клинической больнице: диагноз сифилис скрытый, ранний. Курс терапии проведен не полностью. +
От 2 своевременных самопроизвольных родов. Масса тела при рождении 3950г. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Реанимационные мероприятия после рождения не потребовались. +
Ребенок наблюдался в отделении новорожденных, энтеральное питание начато в первый час после рождения. В массе тела - физиологическая убыль.

Объективный статус
ЧСС – 146 в минуту, ЧД - 42 в минуту, Т тела 36,6°С +
Состояние средней степени тяжести. Наблюдается в кроватке. +
Кожные покровы розовые, отмечается сухость кожи, участки мелко пластинчатого шелушения, элементы токсической эритемы, больше на коже нижних конечностей. Подкожно-жировой слой развит. Отеков нет. Видимые слизистые розовые, чистые. Пуповинный остаток в скобе, мумифицируется. Периумбиликальная область без признаков воспаления. +
Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,3х1,0 см. Малый родничок закрыт. Родовая опухоль – нет. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +
Неврологический статус: Общая реакция на осмотр - адекватная. Активная. Крик средней силы. Мышечный тонус удовлетворительный. Рефлексы новорожденных физиологические. Патологических глазных симптомов нет. +
Аускультативно над легкими - пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. Носовое дыхание не затруднено, отделяемого нет. +
Ритм правильный. Сердечные тоны громкие, ясные. Шумов, акцентов нет. +
Живот обычной формы, мягкий. Печень +1,0 см, селезенка не увеличена. Анус сформирован. Стул: меконий. +
Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- 28 суток
- 1 месяц
- 2 недели
- 20 суток

Результаты обследования

Для верификации диагноза у новорожденного с подозрением на это врожденное заболевание, рекомендовано проконсультировать ребенка

- неврологом
- эпидемиологом
- оториноларингологом

- детским хирургом
- кардиологом
- офтальмологом

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- неврологом
- эпидемиологом
- оториноларингологом
- детским хирургом
- кардиологом
- офтальмологом

Диагноз

Лечение новорожденных при диагностировании этой патологии проводится

- в стационарных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания
- в амбулаторных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания
- в стационарных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза
- в амбулаторных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза

Препаратом выбора для специфической терапии является

- цефтриаксон
- ванкомицин
- бензилпенициллина натриевая соль
- карбапенем

Препаратом резерва для специфической терапии у новорожденных является

- бензилпенициллина новокаиновая соль или бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
- любой препарат из группы пенициллинов в специальной дозировке
- цефтриаксон или ампициллина натриевая соль
- только бензилпенициллина новокаиновая соль

При выявлении патологических изменений в спинномозговой жидкости (СМЖ) или в случае, если исследование не было проведено, не назначают

- цефалоспорины III поколения
- дюрантные препараты пенициллина
- препараты перорально или внутримышечно

- стандартные дозы пенициллинов, только менингеальные

TRUST – тест (с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой) является

- дорогостоящим и не применяется в скрининге населения
- трепонемным тестом
- нетрепонемным тестом
- не подходящим для контроля эффективности терапии

К одним из показаний к проведению профилактического лечения новорожденного относится

- тяжелое состояние матери после родов
- лечение матери до 32 недель беременности
- специфическое лечение матери эритромицином
- наличие у матери аллергической реакции на препарат выбора

Длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения или получила неадекватное лечение, составляет

- 28 суток
- 20 суток
- 1 неделю
- 10 суток

К профилактике врожденного сифилиса относят

- однократное обследование женщины при постановке на учет в женской консультации
- обследование всех женщин, планирующих беременность
- 3-х кратное обследование беременных женщин
- однократное обследование беременных, имеющих в анамнезе заболевание сифилисом

Диспансерное наблюдение детей, перенесших данное заболевание, проводится в течение

- однократное обследование женщины при постановке на учет в женской консультации
- обследование всех женщин, планирующих беременность
- 3-х кратное обследование беременных женщин
- однократное обследование беременных, имеющих в анамнезе заболевание сифилисом

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Недоношенный мальчик 36 недель. Переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНиНД) на 3 сутки жизни в связи с участившимися эпизодами срыгиваний.

Жалобы
На появление на начало 2 суток жизни выраженной вялости, обильных срыгиваний после кормления, беспричинного вскрикивания.

Анамнез заболевания
После рождения наблюдался в отделении новорожденных. Со 2 суток жизни у ребенка нарастает вялость, участились эпизоды срыгивания, чаще обильно неизмененным молоком. Мама отмечает странные вскрикивания у ребенка после перевода на совместное пребывание.

Анамнез жизни
* Недоношенный мальчик у женщины 18 лет, с отягощенным социальным анамнезом (мама цыганка, в женской консультации не наблюдалась, поступила в родительное отделение самотеком).
* Беременность 3, наступила самопроизвольно. Со слов женщины: 1 беременность – самопроизвольный выкидыш, 2 беременность – ребенок умер на 3 сутки жизни.
* Данная беременность: 1 триместр – без особенностей; 2 триместр – токсикоз легкой степени; 3 триместр - перенесла ОРВИ с подъемом температуры до 37,5°С, насморком, лечилась народными средствами. Первичный комплекс анализов при поступлении – реакция Вассермана.
* Особенности течения родов: 1 преждевременные самопроизвольные роды на 36 неделе гестации, безводный промежуток 9 ч. 20 мин. Извлечен с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились.
* После рождения наблюдался в отделении новорожденных, на 2 сутки жизни был переведен на совместное пребывание с матерью. Находился на смешанном вскармливании (мама налаживает лактацию). В массе - физиологическая убыль.
* Со 2 суток жизни у ребенка нарастала вялость, участились эпизоды срыгивания, чаще обильно неизмененным молоком. Мама отмечает странные вскрикивания у ребенка после перевода на совместное пребывание.

Объективный статус
При поступлении состояние ребенка расценено как средней тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,7°С. +
Кожные покровы бледно-розовые, отмечаются участки крупнопластинчатого шелушения больше в области сгибательных поверхностей, сухость кожи. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. Пуповинный остаток в скобе, мумифицируется. +
Голова: округлая, швы 3-4 мм. Большой родничок 1,5х1,7 см. Малый родничок закрыт. Родовая опухоль – в левой теменно-затылочной области, не напряжена, при пальпации

мягкая. Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +
На осмотр реагирует некоторым нарастанием двигательной активности, сонный. Глаза приоткрывает. Крик средней силы. Мышечный тонус с тенденцией к гипотонии. Рефлексы новорожденных вызываются с латентным промежутком, истощаемы. +
Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено, хрипов нет. Оксигенируется адекватно, дотации дополнительного кислорода не требуется. Носовое дыхание несколько затруднено, отделяемого нет. +
Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная. +
Живот не вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень + 2,5 см, селезенка не увеличена. Стула при осмотре не было. +
Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу, яички пальпируются в мошонке.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- однократное обследование женщины при постановке на учет в женской консультации
- обследование всех женщин, планирующих беременность
- 3-х кратное обследование беременных женщин
- однократное обследование беременных, имеющих в анамнезе заболевание сифилисом

Результаты обследования

К патогномоничным признакам для врожденной ранней разновидности этой патологии относят

- остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера
- рауцедо
- симптом Систо
- специфический ринит
- зубы Гетчинсона
- инфильтрацию кожи Гохзингера

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- остеохондрит длинных трубчатых костей Вегнера
- рауцедо
- симптом Систо
- специфический ринит
- зубы Гетчинсона
- инфильтрацию кожи Гохзингера

Диагноз

Во избежание реакции Герксгеймер-Яриша-Лукашевича у новорожденных следует

- увеличивать объем сопутствующей инфузионной терапии на 20-30 мл/кг/сутки
- в первые сутки лечения назначать разовую дозу пенициллина не более 5000 ЕД на инъекцию
- сокращать длительность терапии на 3 дня при отрицательной динамике
- включать в терапию антигистаминные препараты

Препаратом выбора для специфической терапии является

- амоксиклав
- ампициллина натриевая соль
- бензилпенициллина натриевая соль
- цефтриаксон

Препаратом резерва для специфической терапии у новорожденных является

- бензилпенициллина новокаиновая соль или бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая
- только бензилпенициллина новокаиновая соль
- любой препарат из группы пенициллинов в специальной дозировке
- цефтриаксон

Превентивное лечение сифилиса показано всем детям до +___+ лет

- 5
- 1
- 3
- 2

При специфической терапии препарат выбора назначается +_____+ из расчета +_____+ ЕД /кг

- перорально; 100 000
- внутримышечно; 50 000
- внутримышечно; 100 000
- внутривенно; 50 000

К одним из показаний к проведению профилактического лечения новорожденного относится

- наличие у матери аллергической реакции на препарат выбора
- лечение матери до 32 недель беременности
- тяжелое состояние матери после родов
- специфическое лечение матери эритромицином

Одним из показаний для проведения дополнительного курса терапии после лечения нейросифилиса является

- отсутствие существенного снижения белка в цереброспинальной жидкости в течение 2 лет
- задержка психомоторного развития к возрасту 3 года и более
- появление кожных симптомов после лечения
- позитивность реакции микропреципитации (РМП) более 1 года в цереброспинальной жидкости

При врожденной манифестной форме заболевания рекомендованная продолжительность антибактериальной терапии составляет

- 1 месяц
- 28 суток
- 20 суток
- 2 недели

При отсутствии других симптомов врожденного сифилиса наличие 1 степени остеохондрита

- 1 месяц
- 28 суток
- 20 суток
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Доношенный мальчик в возрасте 15 суток жизни госпитализирован в отделение патологии новорожденных.

Жалобы

Анамнез заболевания
В периоде ранней адаптации обращало на себя внимание вялое сосание. Уровень глюкозы в крови в возрасте 2 часов жизни составил 2,6 ммоль/л. В дальнейшем отмечено прогрессивное снижение мышечного тонуса, угасание рефлексов новорожденных, глюкоза в динамике со снижением до критического уровня 0,8 ммоль/л. Это потребовало экстренного вмешательства, болюсно в/в введен 10% раствор глюкозы с последующим в/в капельным введением глюкозы, выпаиванием раствором глюкозы. В динамике отмечалось повышение уровня глюкозы в крови, однако отмечено появление дыхательных нарушений, ребенок переведен в отделение реанимации новорожденных в возрасте 15 часов жизни. Была диагностирована врожденная пневмония, из крови высевался эпидермальный стафилококк, проводилась респираторная поддержка

методом высокопоточных канюль в течение 5 дней и антибактериальная терапия в течение 7 дней. Получал парентеральное питание с 15 часов жизни до 6-х суток жизни, когда объём энтерального питания соответствовал физиологическому. Для поддержания нормального уровня глюкозы в крови суммарная дотация углеводов превышала физиологическую потребность в 2 раза и составила 30 г/кг/сутки, при норме 15 г/кг/сутки.

Анамнез жизни

Ребенок родился у женщины 37 лет от 1 беременности, наступившей самопроизвольно. Она страдает синдромом поликистозных яичников, отмечалось первичное бесплодие в течение 2,5 лет. Беременность I, самопроизвольная. Течение беременности осложнилось в III триместре артериальной гипертензией, хронической внутриутробной гипоксией плода.

Роды: 1 своевременные оперативные путем кесарево сечение у первородящей 37 лет. Уровень скальп-лактата 7,7 ммоль/л (N – 7,35-7,45).

Родился доношенный мальчик на 40 неделе. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, масса тела 2990г, длина 52 см. +

К груди приложен в родильном зале. При первичном осмотре, состояние ребенка – удовлетворительное. Из родильного блока ребенок переведен в отделение физиологии.

Объективный статус

При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое. Наблюдается в кроватке. Температура тела 36,7°С. +

Кожные покровы светло-розовые. Периумбиликальная область без признаков воспаления, пуповинный остаток в скобе, мумифицируется. +

Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,31,5 см. Малый родничок закрыт. Мышечный тонус дистоничный. Рефлексы новорожденных вызываются, истощаемы. Патологической неврологической симптоматики не выявлено. +

Сохраняются умеренные дыхательные нарушения. Аускультативно в легких выслушивается пуэрильное дыхание, проводится равномерно во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧСС - 146 ударов в минуту. +

Сердечные тоны ясные, шумы не выслушиваются. Живот не вздут, перистальтика кишечника выслушивается активная. Печень {plus}1,5 см, селезенка не увеличена. Стула при осмотре не было. Мочится. +

Ребенок постоянно получает в/в 10% раствор глюкозы, при попытке отмены отмечается гипогликемия.

<u>К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят</u>

- 1 месяц
- 28 суток
- 20 суток
- 2 недели

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- 1 месяц
- 28 суток
- 20 суток
- 2 недели

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

- 1 месяц
- 28 суток
- 20 суток
- 2 недели

Диагноз

Неотложная помощь при гиперинсулинемической гипогликемии, если ребенок не кормится энтерально, заключается в введении

- 10% раствора глюкозы, 5 мл/кг, внутривенно болюсно (медленно в течение 3 минут)
- 10% раствора глюкозы, 1 мл/кг, внутривенно-капельно со скоростью 3 мл/кг/час
- преднизолона внутривенно из расчета 1 мг/кг/сутки
- 10% раствора глюкозы, 1 мл/кг, в/в болюсно (медленно в течение 3 мин), затем в/в инфузии 10% раствора глюкозы из расчета 3 мл/кг/час

Тактикой выбора при лечении гиперинсулинемической гипогликемии является

- назначение диазоксида
- назначение глюкокортикоидной терапии
- назначение мочегонного препарата
- только оперативное лечение

Основным нежелательным эффектом диазоксида является

- нарушения со стороны органов желудочно-кишечного тракта
- нарушения электролитного баланса
- задержка жидкости в организме
- тромбоцитопения

При неэффективности диазоксида назначают

- комбинированную заместительную терапию глюкокортикоидами и минералокортикоидами
- ингибиторы синтеза простагландинов
- терапию глюкокортикоидами, направленную на возмещение дефицита кортизола
- соматостатин или глюкагон

Диазоксид назначается

- внутривенно в дозе 50 мг/кг/сутки в 2 приема
- внутримышечно в дозе 10-20 мг/кг/сутки в 3 приема
- внутрь в дозе 20-30 мг/кг/сутки в 3 приема
- внутрь в дозе 10-20 мг/кг/сутки в 3 приема

Октреотид вводят

- только внутрь в дозе 20-30 мкг/кг/сутки
- внутривенно капельно или подкожно в дозе 40-50 мкг/кг/сутки
- внутривенно или внутримышечно в дозе 20-30 мкг/кг/сутки
- внутривенно-капельно или подкожно в дозе 5-20 мкг/кг/сутки

При неэффективности лекарственной терапии при диффузной форме показано

- симптоматическое лечение
- паллиативное лечение
- проведение операции – тотальной резекции поджелудочной железы
- проведение операции – субтотальной резекции поджелудочной железы

Оперативное лечение при диффузной форме врожденного гиперинсулинизма проводится

- при доказанной фармакорезистентности
- всегда
- в течение первого года жизни
- при отсутствии эффекта от лечения октреатидом

К гистологической форме врожденного гиперинсулинизма относят

- при доказанной фармакорезистентности
- всегда
- в течение первого года жизни
- при отсутствии эффекта от лечения октреатидом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

У недоношенного ребенка, находящегося на втором этапе выхаживания, в возрасте 30

суток жизни сохраняются проявления дыхательной недостаточности и зависимость от кислорода.

Жалобы
На дыхательные нарушения: одышка в покое с ЧД до 90 в минуту, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, цианотичный оттенок кожи, общее угнетение.

Анамнез заболевания
С момента рождения у ребенка отмечались проявления синдрома дыхательных расстройств. Интубирован сразу после рождения, введен куросурф, находился на искусственной вентиляции легких в течение 2-х суток, далее - неинвазивная искусственная вентиляция лёгких постоянным положительным давлением (CPAP) - 5 суток. Затем переведен на диффузную подачу кислорода в кувез. В течение 3-х недель сохранялись проявление дыхательной недостаточности в виде одышки, участия вспомогательной мускулатуры при дыхании.

Анамнез жизни
* Ребенок родился у женщины 25 лет, от 2 беременности (1 беременность – медицинский аборт), протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении беременности.
* Роды на 28 неделе, путем экстренного кесарева сечения в связи с асфиксией плода, масса при рождении 1000 г, оценка по шкале Апгар 2/5 баллов.
* При рождении состояние расценено как тяжелое, обусловленное проявлением дыхательной недостаточности, поражением центральной нервной системы гипоксического генеза, недоношенностью.

Объективный статус
* 30 сутки жизни. Общее состояние тяжелое. Температура тела 36,6° С.
* Кожный покров бледный, периоральный цианоз.
* В легких дыхание ослабленное, отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ЧД 96 в мин. Выслушиваются рассеянные сухие и крепитирующие хрипы.
* Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 154 в мин.
* Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край – мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, стул кашицеобразный, желтого цвета.
* Диурез адекватный.
* В неврологическом статусе превалирует синдром угнетения с периодами возбуждения.

<u>Необходимыми методами диагностики являются</u>

- при доказанной фармакорезистентности
- всегда
- в течение первого года жизни
- при отсутствии эффекта от лечения октреатидом

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и результатов исследований, больному можно поставить диагноз

- при доказанной фармакорезистентности
- всегда
- в течение первого года жизни
- при отсутствии эффекта от лечения октреатидом

Диагноз

«Золотым стандартом» для проведения дифференциальной диагностики бронхолегочной дисплазии с другой легочной патологией является

- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование легких
- перфузионная сцинтиграфия легких
- ангиография сосудов легких

Целевой диапазон _SatO2_ у недоношенных детей, находящихся на кислородотерапии, должен находиться в пределах +_____+ %

- 96-100
- 85-90
- 91-95
- 80-85

У данного пациента терапия системными глюкокортикоидами

- не показана
- показана дексаметазоном
- показана метилпреднизолоном
- показана гидрокортизоном

Данному пациенту необходимо поддерживать гематокрит выше

- 0,45-0,50
- 0,30 – 0,34
- 0,25-0,29
- 0,35-0,40

Данному ребенку необходимо обеспечение суточного калоража не менее +____+ ккал/кг

- 115-119
- 130-140
- 125-129
- 120-124

При наличии симптомов бронхообструкции у ребенка с бронхолегочной дисплазией показано использование

- силденафила
- кофеина
- сальбутамола
- дигоксина

Для профилактики развития у детей с бронхолегочной дисплазией респираторно-синцитиальной вирусной инфекции используется препарат

- паливизумаб
- интерферон
- витамин В-комплекс
- виферон

Разовая доза препарата Паливизумаб составляет +___+ мг/кг массы тела

- 15
- 5
- 10
- 20

Диагноз бронхолегочной дисплазии правомочен до достижения ребенком +_____+ лет

- 4
- 2
- 5
- 3

К факторам неблагоприятного прогноза болезни относят +_____+ месяца (-ев)

- 4
- 2
- 5
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вы врач неонатолог, работаете в перинатальном центре города N. Вас вызвали в родильный блок. 20 апреля 2019 года родился доношенный мальчик у матери 30 лет от 2 своевременных физиологических родов. Околоплодные воды светлые. Пуповина без особенностей.
В родильном зале реанимационные мероприятия не проводились. Ребенок приложен к

груди матери.
Масса тела ребенка при рождении 3160 г, длина 50 см, окружность головы 35 см.
В возрасте 40 минут жизни у ребенка появилось стонущее дыхание, отмечалось нарастание дыхательных нарушений в виде втяжения межреберий, грудины, раздуваний крыльев носа, затрудненного выдоха.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери B(III), Rh - положительный.
Соматический анамнез: не отягощен.
Гинекологический анамнез: не отягощен.
Акушерский анамнез: 1-я беременность - 2015 год – физиологические роды в срок, доношенная девочка, здорова; 2-я беременность – данная, наступила самопроизвольно, протекала: I-й триместр - тошнота, II-й триместр – анемия легкой степени (получала препараты железа), III-й триместр без особенностей.

Объективный статус
Возраст ребенка – 40 минут жизни.
ЧСС = 165 ударов в минуту, ЧД 74 в минуту SpO~2 ~= 94%, АД = 65/34/43 мм рт. ст.
Состояние ребенка тяжелое. Нормотермия. Кожа розовая, дышит комнатным воздухом, акроцианоз, отек мягких тканей в теменно-затылочной области больше слева (в месте вставления головы). Видимые слизистые чистые, блестящие, розовые.
Периумбиликальная область без воспалительных изменений, пуповинный остаток в скобе. Симптом бледного пятна около 3 секунд.
Неврологический статус: реакция на осмотр и двигательная активность физиологические, рефлексы новорожденных вызываются, симметрично. Судорог нет. Патологической глазной симптоматики нет.
Грудная клетка симметричная, умеренно вздута, на вдохе втяжения грудины, межреберий, стонущее дыхание. Аускультативно дыхание ослабленное, проводится во все отделы легких, выслушиваются проводные хрипы с двух сторон, симметрично. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Артериальное давление в пределах нормы. Живот мягкий, печень +1,5 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. При контроле желудочного содержимого патологического отделяемого не отмечалось. Стула при осмотре не было. Ребенок не мочился. Половые органы развиты по мужскому типу.

<u>У новорожденного ребенка с развитием дыхательных нарушений показан контроль</u>

- 4
- 2
- 5
- 3

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- 4
- 2
- 5
- 3

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 4
- 2
- 5
- 3

Диагноз

В данной ситуации оценка дыхательных нарушений проводится по шкале

- Глазго
- Sarnat
- Даунса
- Белл

Дополнительным лабораторным обследованием для определения тактики терапии является исследование

- уровня D-dimer
- уровня общего белка в крови новорожденного
- уровня аммиака в крови
- кислотно-основного состояния и газового состава крови

При проведении рентгенографии органов грудной клетки в данной ситуации характерно

- выявление ателектазов в сочетании с синдром «утечки» воздуха
- выявление инфильтративных и очаговых теней легочной ткани
- выявление резко обедненного и деформированного легочного рисунка по периферии
- усиление бронхо-сосудистого рисунка, признаки жидкости в междолевых щелях и/или плевральных синусах

Тактикой ведения и лечения ребенка является перевод в отделение

- хирургии, проведение бронхоскопии
- реанимации, проведение респираторной терапии
- патологии новорожденных, проведение фототерапии
- реанимации, назначение антибактериальной терапии

Антибактериальная терапия в данной клинической ситуации

- показана препаратом из группы цефалоспоринов
- показана препаратом из группы карбапенемов
- не показана
- показана препаратом из группы пенициллинов

В данной клинической ситуации ребенку при поступлении в отделение следует начать терапию

- кардиотоническую
- неинвазивную респираторную
- противосудорожную
- будесонидом

При транзиторном тахипноэ на фоне респираторной терапии характерно

- нарастание судорожного синдрома
- снижение дыхательных нарушений
- появление иктеричности кожного покрова
- снижение артериального давления

В данной клинической ситуации проведение заместительной терапии сурфактантом

- показано в родильном зале
- показано в первые 2 часа жизни
- не показано
- потребуется повторное введение к концу 1 суток жизни

Дифференциальную диагностику транзиторного тахипноэ проводят с

- показано в родильном зале
- показано в первые 2 часа жизни
- не показано
- потребуется повторное введение к концу 1 суток жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных вызван неонатологом в родильное отделение

Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

Акушерский анамнез матери: 1 беременность 2017 г. – своевременные роды (живой мальчик, здоров); настоящая беременность 2-я, наступила самопроизвольно.

Течение беременности:

I триместр: протекал на фоне токсикоза и легкой анемии беременных;

II триместр: в 21 неделю субфебрилитет, боли в горле, увеличение шейных лимфоузлов. (лечилась народными средствами);

III триместр: протекал без особенностей.

Анамнез заболевания

Ребенок от 2 беременности, вторых самопроизвольных срочных родов на сроке 38 недель, масса при рождении 2250 г, длина 46 см, окружность головы 32 см. Родился с оценкой по шкале Апгар 6/7 баллов. При рождении у ребенка обращало на себя внимание: петехиальная сыпь на туловище и конечностях, иктеричность кожных покровов, живот увеличен в размере. Консультирован дежурным врачом ОРИТН (отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных), осуществлен перевод в ОРИТН.

Объективный статус

Возраст – 3 часа жизни.

Масса при рождении 2250 г, длина 46 см, окружность головы 32 см.

Состояние ребенка тяжелое. ЧД 72 в минуту, ЧСС 155 ударов в минуту, SpO~2~= 92%, АД = 68/39(47) мм рт. ст. В микроклимате кувеза.

Состояние тяжелое, дыхательные нарушения в виде тахипноэ до 72 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании. Была налажена респираторная терапия методом CPAP (метод создания постоянного положительного давления в дыхательных путях).

Кожа с выраженной иктеричностью, обильной петехиальной сыпью, остаток пуповины в лигатуре.

Неврологический статус: реакция на осмотр вялая, двигательная активность снижена, крик средней силы, рефлексы новорожденных вызываются с латентным периодом, нестойкие, отмечаются индуцированные клонические судороги в нижних конечностях. Мышечный тонус умеренно снижен, индуцированный тремор конечностей. Грудная клетка симметричная. Аускультативно в легких дыхание проводится симметрично, во все отделы, с обеих сторон выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум не выслушивается. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот увеличен в размере, плотный, доступен пальпации, печень {plus}5,5 см из-под реберной дуги, селезенка {plus}3,0 см. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула меконий. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Не мочился.

С диагностической целью, учитывая анамнез матери (увеличение лимфоузлов с субфебрильной температурой), ребенку с петехиальной сыпью показан контроль

- показано в родильном зале
- показано в первые 2 часа жизни
- не показано
- потребуется повторное введение к концу 1 суток жизни

Результаты обследования

Ребенку с учетом материнского анамнеза (увеличение лимфоузлов с субфебрилитетом) для исключения наличия врожденной вирусной инфекции и верификации возбудителя показано

- показано в родильном зале
- показано в первые 2 часа жизни
- не показано
- потребуется повторное введение к концу 1 суток жизни

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования предполагаемым диагнозом является

- инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная (Р39.9)
- преходящая неонатальная нейтропения Р61.5
- врожденная цитомегаловирусная инфекция (Р 35.1)
- преходящая неонатальная тромбоцитопения Р61.0

Ребенку с подозрением на течение врожденной цитомегаловирусной инфекции для подтверждения диагноза показано

- исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови
- исследование уровня аммиака в крови
- исследование субпопуляций лимфоцитов
- определение ДНК цитомегаловируса методом ПЦР в режиме реального времени в крови

К дополнительным инструментальным методам обследования с целью уточнения формы заболевания относят

- ультразвуковое исследование легких
- бронхоскопию
- рентгенографию брюшной полости с контрастом
- нейросонографию

Окончательным диагнозом является

- ультразвуковое исследование легких
- бронхоскопию

- рентгенографию брюшной полости с контрастом
- нейросонографию

Диагноз

Препаратом для лечения тяжелой формы цитомегаловирусной инфекции является

- валацикловир
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- ганцикловир
- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный

Разовая доза ганцикловира должна составлять (в мг/кг)

- 4
- 8
- 10
- 6

Курс лечения противовирусными препаратами тяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции с вовлечением в процесс ЦНС (судороги) у данного пациента продолжается

- 3 месяца
- 30 дней
- 6 месяцев
- 45 дней

При развитии тяжелой нейтропении показано/показана

- введение гранулоцитарного колониестимулирующего фактора
- трансфузия лейкоконцентрата
- назначение противогрибковых препаратов
- введение эритропоэтина

Дополнительным препаратом для лечения тяжелой формы врожденной цитомегаловирусной инфекции может являться

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- внутривенный иммуноглобулин человеческий
- иммуноглобулин человека против гепатита В

Контроль трансаминаз при лечении противовирусными препаратами в течение курса терапии проводится

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный

- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- внутривенный иммуноглобулин человеческий
- иммуноглобулин человека против гепатита В

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Новорожденный 1-х суток жизни наблюдается в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Гинекологический и акушерский анамнез матери
Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.
Гинекологический анамнез: не отягощен
Акушерский анамнез матери: 1 беременность – роды своевременные, девочка 3450 – здорова.
2 беременность данная, наступила самопроизвольно
Течение беременности:
I триместр: токсикоз легкой степени
II триместр: В 19 -20 недель - ИЦН, хирургическая коррекция, антибиотикотерапия. Анемия легкой степени - препараты железа.
III триместр: В 28-29 недель – монохориальная диамниотическая двойня, задержка роста 1го плода, дискордантность околоплодных вод (многоводие первого, маловодие второго плода).

Анамнез заболевания
Ребенок от 2-й беременности, 2-х преждевременных родов путем операции экстренного кесарева сечения на сроке 33 недели в связи с началом родовой деятельности. 2-й из монохориальной двойни. Масса тела при рождении 2220 г, длина тела 46 см. Оценка по Апгар 6/7 баллов. Дыхательные нарушения с рождения, обращала на себя внимание плеторичность кожного покрова. В родзале проводился СРАР через лицевую маску, мононазальный СРАР. На СРАР в транспортном инкубаторе ребенок переведен в ОРИТН.

Объективный статус
Возраст – 1 сутки жизни.
Состояние ребенка тяжелое. ЧД=66 /мин, ЧСС = 170 уд/мин, SpO~2~= 98%, АД = 68/39 (47) мм рт. ст. Наблюдается в инкубаторе.
Проводится респираторная терапия методом неинвазивной ИВЛ. Дыхательные нарушения, на этом фоне сохраняются 2 балла по шкале Сильверман. Отмечается тахипноэ. Кожный покров ярко- красный, плеторичный, чистый. Остаток пуповины в скобе.
Неврологический статус: реакция на осмотр умеренно снижена, в виде двигательного беспокойства, крик средней силы, рефлексы новорожденных вызываются с задержкой, быстро истощаются. Мышечный тонус умеренно снижен. Грудная клетка симметричная. Аускультативно шум потока проводится равномерно в симметричных отделах, хрипы не

выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шум непостоянный, систолический. Периферическая пульсация симметричная, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Анус сформирован. Стула не было. Половые органы развиты по мужскому типу, яички в мошонке. Мочится.

Учитывая данные визуального осмотра, для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- внутривенный иммуноглобулин человеческий
- иммуноглобулин человека против гепатита В

Результаты обследования

К дополнительным инструментальным методам обследования для выявления осложнений относят

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- внутривенный иммуноглобулин человеческий
- иммуноглобулин человека против гепатита В

Результаты обследования

На основании результатов проведенного обследования можно предположить диагноз

- иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный
- иммуноглобулин человека нормальный [IgG+IgA+IgM]
- внутривенный иммуноглобулин человеческий
- иммуноглобулин человека против гепатита В

Диагноз

По совокупности клинико-лабораторных данных у ребенка полицитемия классифицируется как

- бессимптомная
- тяжелая
- ложная
- симптоматическая

В данной клинической ситуации ребенку показано проведение

- трансфузии свежезамороженной плазмы
- операции заменного переливания крови

- частичной обменной трансфузии
- инфузионной терапии 10% раствором декстрозы

Желаемым уровнем гематокрита пациента при проведении частичной обменной трансфузии является +_____+ %

- 40-45
- 35-39
- 61-65
- 50-60

С учетом ОЦК – 90 мл/кг и желаемым уровнем венозного гематокрита 55%, объем замещаемой крови у данного пациента составляет +____+ мл

- 40
- 50
- 55
- 45

В качестве замещающей среды при проведении частичной обменной трансфузии используется

- 10% раствор альбумина
- 10% раствор декстрозы
- изотонический раствор натрия хлорида
- свежезамороженная плазма

Нормоволемическая истинная полицитемия характеризуется

- нормальным внутрисосудистым объемом крови, несмотря на увеличение количества эритроцитов
- уменьшением объема циркулирующей крови при одновременном увеличении количества эритроцитов
- относительным увеличением количества клеток красной крови по отношению к объему циркулирующей плазмы
- увеличением объема циркулирующей крови при одновременном увеличении количества эритроцитов

Одним из факторов риска развития полицитемии новорожденных является

- отслойка плаценты
- врастание плаценты
- табакокурение матери
- гипотиреоз матери

Для профилактики развития полицитемии у новорожденного ребенка пережатие пуповины не рекомендуется проводить более +_____+ после рождения

- 5 минут
- 10 минут
- 120 секунд
- 180 секунд

Дифференциальный диагноз у новорожденного старше 24 часов жизни следует проводить с

- 5 минут
- 10 минут
- 120 секунд
- 180 секунд

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Недоношенная девочка у женщины 39 лет от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания, нарушением маточно-плацентарного кровотока. От I преждевременных оперативных родов на сроке гестации 29 недель путем операции кесарево сечение в связи с ухудшением состояния плода. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела при рождении 810 гр. В родильном зале проводилось отсроченное пережатие пуповины, CPAP маской. На 15 минуте жизни, в связи с потребностью в дополнительной дотации O~2~ до 50%, введен порактант альфа методом LISA, далее переведена на неинвазивной ИВЛ в ОРИТН.

При поступлении в отделение продолжена неинвазивная ИВЛ, без потребности в дотации кислорода. В возрасте 63 часов жизни отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, потребовался перевод на инвазивную ИВЛ, которая проводилась до 10 с.ж. При поступлении в ОРИТН заподозрено течение врожденной пневмонии, начата антибактериальная терапия (ампициллин+гентамицин); по совокупности клинических и лабораторных данных (в возрасте 6 и 48 часов жизни отмечались лейкопения, нейтропения, персистирующая лактатемия, гипогликемия) диагноз подтвержден. Курс гентамицина закончен на 7 с.ж., ампициллин-сульбактам продолжен до 10 с.ж. На 10 с.ж. девочка экстубирована, далее находилась на неинвазивной ИВЛ (Pip 10 cm H2O, FiO2 0,21).

Гемодинамика оставалась стабильной. Энтеральное питание начато с 6 часа жизни в трофическом объеме грудным молоком, с 5 с.ж. отмечаются явления дискинезии желудочно-кишечного тракта, объем энтерального питания составляет 60 мл/кг/сут к 10 с.ж.

В возрасте 10 с.ж. по данным микробиологического обследования в посеве из ануса обнаружен рост _Candida parapsilosis_ 10^6^ КОЕ. Данных за наличие роста _Candida parapsilosis_ на слизистой ротоглотки нет.

Жалобы

-

Гинекологический и акушерский анамнез матери

I беременность, I роды. Угроза прерывания, нарушение маточно-плацентарного кровотока

Анамнез жизни

-

Объективный статус

10 сутки жизни. Масса тела 780 гр. ЧСС 140/мин, АД 66/34 (45), SpO~2~ = 94%
Состояние ребенка тяжёлое, стабильное. Наблюдается в микроклимате кувеза, термостабилен. На респираторной терапии НИВЛ. На этом фоне оксигенируется устойчиво, эпизодов лабильности сатурации и апноэ не отмечено. Дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильверман. Большой родничок 1,5×1,5 см, малый родничок 0,3×0,3 см. Грудная клетка симметричная, не вздута. Аускультативно шум потока симметрично проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Артериальное давление в пределах нормативных значений. Пульс на периферических сосудах удовлетворительных характеристик. В неврологическом статусе преобладает синдром угнетения. На осмотр реагирует повышением двигательной активности, глаза открывает, плачет. Мышечная гипотония. Патологической неврологической симптоматики не отмечалось. Кожа бледно-розовая, мраморность сохраняется, чистая. Микроциркуляция удовлетворительная. Видимые слизистые розовые, чистые. Периумбиликальная область без признаков воспаления. Живот вздут, при пальпации отмечается беспокойство, мягкий, перистальтика кишечника умеренно ослаблена, отчетливая. Печень +1,5 см, селезёнка не пальпируется. Энтеральное питание грудным молоком проводится в сниженном объеме (60 мл/кг/сутки) через зонд капельно за 60 минут. Отмечается отхождение светлой желчи в объеме 1-2 мл. Стула на момент осмотра не было. Диурез 4 мл/кг/час.

<u>На данном этапе данному ребенку показано обязательное лабораторное обследование, которое включает</u>

- 5 минут
- 10 минут
- 120 секунд
- 180 секунд

Результаты обследования

<u>Для определения тактики ведения на данном этапе ребенку показано проведение</u>

- 5 минут
- 10 минут
- 120 секунд
- 180 секунд

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 5 минут
- 10 минут
- 120 секунд
- 180 секунд

Результаты обследования

На основании клинической картины и имеющихся данных обследования у ребенка имеет место течение

- диссеминированного кандидоза
- кандидоза кишечника, некротизирующего энтероколита 2б стадии
- инвазивного кандидоза, некротизирующего энтероколита 3а стадии
- кандидоза желудочно-кишечного тракта

На 18 сутки жизни состояние ребенка с отрицательной динамикой в виде нарастания тяжести дыхательных нарушений, потребности в проведении инвазивной ИВЛ. По данным микробиологического мониторинга от 15 суток жизни рост _Candida parapsilosis_ в кале сохраняется 10^6^ КОЕ (резистентной к флуконазолу), на фоне проводимой противогрибковой терапии микафунгином. В посевах со слизистой ротоглотки грибы не обнаружены. С целью исключения инвазивного кандидоза необходимо осуществить

- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого цервикального канала матери
- исследование венозной крови на уровень аммиака
- микробиологическое (культуральное) исследование крови

На данном этапе (18 сутки жизни, ухудшение состояния) ребенку, получавшему микафунгин в дозе 4 мг/кг/сут, показано

- продолжение микафунгина в дозе 4 мг/кг/сутки до получения результатов микробиологического обследования
- повышение дозы микафунгина до 10 мг/кг/сут
- назначение флуконазола в дозе 12 мг/кг/сутки
- назначение амфотерицина В липосомальной формы 1 мг/кг/сутки

В возрасте 19 суток жизни у ребенка отмечается появление брадикардии до 105-110/мин, снижение артериального давления. В первую очередь следует подозревать

- формирование коарктации аорты
- развитие дистрибутивного шока
- развитие персистирующей легочной гипертензии
- развитие гиповолемического шока

Тактика ведения при появлении указанной симптоматики (брадикардия 110/мин, артериальная гипотония) в первую очередь заключается в

- обеспечении сосудистого доступа и введении преднизолона внутривенно 4 мг/кг
- оценке адекватности респираторной терапии, обеспечении сосудистого доступа
- назначении массивной инфузионной терапии из расчета 200 мл/кг/сут
- назначении инфузионной терапии из расчета 60 мл/кг/сутки

На 28 сутки жизни ребенок продолжает находиться на инвазивной ИВЛ. Отмечается лабильность оксигенации, зависимость от параметров респираторной терапии, на рентгенограмме - снижение пневматизации, эмфизема, лентообразные уплотнения. В данной ситуации правомочна установка диагноза

- обеспечении сосудистого доступа и введении преднизолона внутривенно 4 мг/кг
- оценке адекватности респираторной терапии, обеспечении сосудистого доступа
- назначении массивной инфузионной терапии из расчета 200 мл/кг/сут
- назначении инфузионной терапии из расчета 60 мл/кг/сутки

Диагноз

В возрасте 28 суток жизни у ребенка по данным микробиологического обследования роста грибов в кале, крови, ротоглотке нет. По данным клинико-лабораторного обследования данных за течение инфекционного процесса нет. На данном этапе в первую очередь следует рассмотреть вопрос о назначении

- ингаляционных бронходилататоров
- метилксантинов
- системных глюкокортикоидов
- нестероидных противовоспалительных препаратов

На 29 сутки жизни ребенок продолжает находиться на ИВЛ. Энтеральное питание грудным молоком в объеме 140 мл/кг/сутки усваивает полностью. Стул самостоятельный, без патологических примесей, живот не вздут, перистальтика активная. Энтеральное питание следует продолжить

- грудным молоком с расширением объема до 160 мл/кг/сут
- грудным молоком без расширения объема
- грудным молоком с расширением объема до 170 мл/кг/сут
- смесью для недоношенных в сочетании с грудным молоком 1:1 с расширением объема до 170 мл/кг/сут

Критерием гипогликемии новорожденных является уровень глюкозы крови менее + + ммоль/л

- грудным молоком с расширением объема до 160 мл/кг/сут
- грудным молоком без расширения объема
- грудным молоком с расширением объема до 170 мл/кг/сут
- смесью для недоношенных в сочетании с грудным молоком 1:1 с расширением объема до 170 мл/кг/сут

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение новорожденных поступила доношенная новорожденная девочка (гестационный возраст 39 недель) у женщины 29 лет.
Родилась от 1-х своевременных оперативных родов путем операции кесарева сечения.
Состояние после рождения удовлетворительное.
Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.
Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см, окружность головы 38 см.
В родильном блоке проведение реанимационных мероприятий не потребовалось.
После рождения к груди матери не приложена.
Группа крови ребенка – А(II), Rh положительный.

Жалобы

-

Анамнез матери

Группа крови матери – А(II) вторая, Rh (+) положительная
Соматический анамнез матери:
Находится на учете в МГЦ СПИДа 11 лет с диагнозом ВИЧ-инфекция, стадия 4а, ремиссия на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ). В анамнезе Herpes Simplex 1 типа. Получает АРТ.
В настоящее время схема: ламивудин, даруновир, ритонавир, тенофовир.
Приверженность АРТ высокая.
Результаты обследования:
ПЦР РНК 2 года назад – менее 20 копий/мл, полгода назад – не обнаружена, в настоящее время– не обнаружена.
HBsAg- в настоящее время – отрицательно
АТ к Treponema Pallidum – отрицательно
Врач-фтизиатр –полгода назад – данных за туберкулез нет.
Диаскинтест – отрицательный.
Гинекологические заболевания матери: не отягощен.
Акушерский анамнез матери: не отягощен.
Течение беременности:
I триместр – угроза прерывания беременности: утрожестан 800 мг, с 8 недели – 600

мг/сутки; антиретровирусная терапия (ламивудин, дарунавир, ритонавир). Пренатальный скрининг I триместра: норма. НИПД – норма.
II триместр – коррекция антиретровирусной терапии. ПТТГ – норма. ЭХО-КГ плода – норма. Пренатальный скрининг II триместра – норма.
III триместр: 30 недель – многоводие, ИАЖ – 31 см, м/б скрининг – отрицательный.
В динамике – снижение ИАЖ до 25, 23 см (36 недель).
Общая прибавка в весе – 15 кг.
Особенности течения родов:
1 своевременные оперативные роды. Поперечное надлобковое чревосечение.
Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом.
Реинфузия аутоэритроцитов.
Медикаментозная терапия: обезболивание спинальная анестезия.
Безводный промежуток: 1 ч. 23 мин.
Околоплодные воды: светлые.
Количество вод до 3500 мл.

Анамнез жизни

-

Объективный статус

Осмотр в отделении новорожденных:
2 часа жизни.
ЧСС – 144 в минуту, ЧД – 48 в минуту, Т тела – 36,7°С.
Состояние ребенка удовлетворительное.
Уровень спонтанной двигательной активности – достаточный.
На осмотр реагирует адекватно. Кричит – крик громкий. Глаза открывает.
Мышечный тонус физиологический. Рефлексы новорожденных вызываются в полном объеме.
Патологической симптоматики на момент осмотра нет. Кожный покров – розовый, чистый, отмечается умеренная общая пастозность. Участки кольцевидного шелушения кожи.
Подкожно-жировой слой развит достаточно. Остаток пуповины в скобе.
Периумбиликальная область без воспалительных изменений.
В легких – дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет.
Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульсация на периферических артериях симметричная удовлетворительных характеристик.
Живот мягкий, доступен пальпации.
Печень +1 см.
Селезенка не пальпируется.
Стула, мочеиспускания на момент осмотра не было.

В данной клинической ситуации к необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- грудным молоком с расширением объема до 160 мл/кг/сут

- грудным молоком без расширения объема
- грудным молоком с расширением объема до 170 мл/кг/сут
- смесью для недоношенных в сочетании с грудным молоком 1:1 с расширением объема до 170 мл/кг/сут

Результаты обследования

В данной клинической ситуации предположительным диагнозом является

- грудным молоком с расширением объема до 160 мл/кг/сут
- грудным молоком без расширения объема
- грудным молоком с расширением объема до 170 мл/кг/сут
- смесью для недоношенных в сочетании с грудным молоком 1:1 с расширением объема до 170 мл/кг/сут

Диагноз

Профилактические мероприятия в данной клинической ситуации новорождённому от ВИЧ-инфицированной матери после рождения в родильном зале

- включают гигиеническую ванну с водным раствором хлоргексидина (50 мл хлоргексидина раствора 0,25% на 10 литров воды)
- включают гигиеническую ванну со слабым раствором перманганата калия
- не требуются
- включают гигиеническую ванну со спиртовым раствором хлоргексидина (200 мл хлоргексидина раствора 2% на 10 литров воды)

В данной клинической ситуации грудное вскармливание ребенку, рожденному ВИЧ-инфицированной матерью

- проводится в случае диагностируемой вирусной нагрузки у матери менее 250 копий/мл на фоне интенсивной антиретровирусной терапии
- категорически не рекомендуется
- проводится только через силиконовую накладку при нулевой вирусной нагрузке и адекватном проведении антиретровирусной терапии матери и ребенка
- проводится только при хорошей приверженности к антиретровирусной терапии матери

В данной клинической ситуации в случае определения РНК и (или) ДНК ВИЧ в плазме крови методом ПЦР у новорождённого в первые сутки жизни для уточнения ВИЧ-статуса необходимо исследование второго образца крови ребёнка методом + + , взятого на

- проводится в случае диагностируемой вирусной нагрузки у матери менее 250 копий/мл на фоне интенсивной антиретровирусной терапии
- категорически не рекомендуется

- проводится только через силиконовую накладку при нулевой вирусной нагрузке и адекватном проведении антиретровирусной терапии матери и ребенка
- проводится только при хорошей приверженности к антиретровирусной терапии матери

Результаты обследования

<u>В случае определения РНК и (или) ДНК ВИЧ в плазме крови методом ПЦР у новорождённого в первые сутки жизни, при отсутствии клинических проявлений у ребенка</u>

- необходимо выставить диагноз – Z21 Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]
- необходимо выставить диагноз – B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная
- дополнительного диагноза не требуется
- необходимо выставить диагноз – R75 Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ], неокончательный результат

<u>Учитывая данные материнского анамнеза, данные клинико-лабораторных исследований новорожденного, данному ребенку назначается</u>

- перинатальная химиопрофилактика по усиленной схеме (тритерапия) в течение 7 дней
- перинатальная химиопрофилактика по усиленной схеме (дитерапия) в течение 3 месяцев
- перинатальная химиопрофилактика по основной схеме (монотерапия) на протяжении 28 дней
- профилактическая антибактериальная терапия на протяжении 14 дней

<u>В качестве препарата выбора при назначении основной схемы химиопрофилактики данному новорожденному используется</u>

- ритонавир
- зидовудин
- невирапин
- ламивудин

<u>В данной клинической ситуации зидовудин для профилактики новорожденному по основной схеме (монотерапии) назначают не позднее + ____ + часов после рождения</u>

- 6; внутрь по 0,004 г (0,4 мл)/кг 2 раза в сутки каждые 12 часов
- 6; внутрь по 0,04 г (4 мл)/кг 3 раза в сутки каждые 8 часов
- 12; внутрь по 0,001 г (0,1 мл)/кг 4 раза в сутки каждые 6 часов
- 12; в дозе 0,008 г (0,8 мл)/кг внутрь в 2 приема

<u>Усиленная схема антиретровирусной терапии включает</u>

- зидовудин; невирапин; ламивудин
- ритонавир; зидовудин
- зидовудин
- ламивудин; невирапин

В данной клинической ситуации ребенку, рожденному у матери с ВИЧ-инфекцией, вакцинация против туберкулеза

- противопоказана
- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной (БЦЖ) через 3 суток после начала АРВТ
- показана вакциной туберкулёзной аттенуированной для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М) через 3 суток после начала АРВТ
- разрешена только вакциной туберкулёзной аттенуированной для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М) в случае перевода на интенсивную схему химиопрофилактики в последующие 28 дней после вакцинации

При назначении усиленной схемы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку срок пребывания ребёнка в родильном отделении продлевается до (в днях)

- 7
- 28
- 14
- 10