



Комитет по здравоохранению Правительство Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургское государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Медицинский колледж № 2»

Абрамова Л.В.

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

Практическое занятие

Тема: «Недоношенный ребенок. Асфиксия. Родовые травмы. ГБН»

ПМ02. «Лечебная деятельность»

МДК 02.04 «Лечение пациентов детского возраста»

31.02.01 «Лечебное дело»

**Санкт-Петербург
2019 год**

Пояснительная записка

Учебно-методическое пособие по теме «Недоношенный ребенок. Асфиксия. Родовые травмы» составлено в соответствии с программой и требованиями ФГОС. На данном занятии у студентов формируется современное представление о причинах, диагностики, проявлениях, принципах лечения и профилактики заболеваний новорожденных: асфиксия, родовая травма, недоношенность. На занятии осуществляется формирование профессиональных компетенций ПК 2.1, ПК 2.2, ПК 2.3, ПК 2.8, также общих компетенций ОК 1, ОК2, ОК 3, ОК 6, ОК 7, ОК 12.

На занятии используются педагогические методы:

- «Мозговой штурм», составление кластеров
- Работа «малыми группами» при решении ситуационных задач
- Решение тестовых заданий
- Составление алгоритмов оказания медицинской помощи при асфиксии, родовой травме

Тема: «Недоношенный ребенок. Асфиксия. Родовые травмы»

Место проведения занятий:

Кабинет доклинической практики по педиатрии

Оснащение: мультимедийный проектор, ноутбук, куклы-фантомы, наборы для пеленания, наборы для проведения утреннего туалета новорожденного, грелка, пузырь со льдом, рожки, соски, назогастральный зонд, дезинфицирующие средства, медикаменты, аппарат Боброва, мешок Амбу.

Продолжительность занятия – 270 мин.

Актуальность темы:

Данная тема вносит вклад в формирование следующих компетенций:

ПК 2.1 Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп

ПК 2.2 Определять тактику ведения пациента

ПК 2.3 Выполнение лечебных вмешательств

ПК 2.8 Оформлять медицинскую документацию

ОК 1 Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2 Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество

ОК 3 Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность

ОК 6 Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами

ОК 12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

Цель занятия: Сформировать знания об этиологии, патогенезе, диагностике, клинических проявлениях, принципах лечения и профилактики заболеваний новорожденных: асфиксия, родовая травма, недоношенность. Сформулировать умения по выполнению практических манипуляций.

Задачи:

Учебная: Формирование знаний о факторах риска, этиопатогенезе, диагностике, клинических проявлениях, профилактики, строгом выполнении принципов ухода и лечения родовой травмы, асфиксии новорожденного, недоношенности

Развивающая: Формировать способность организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество профессиональных задач

Воспитательная: Формировать понимание сущности и социальной значимости своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

Мотивация: Период новорожденности начинается сразу после рождения и продолжается до конца 4-й недели жизни. Новорожденные требуют особого внимания и заботы. С одной стороны, имеется возможность восстановления нарушенных функций травмированных в родах органов и частей тела, наблюдаются исключительные способности роста и развития; с другой — болезни этого периода могут оставить глубокий след на всю жизнь.

Недоношенный ребёнок требует пристального внимания, так как в процессе его выхаживания нередко возникает ряд проблем. Прежде всего это относится к детям, родившимся с массой тела 1500 г и меньше «глубоконодоношенные» (с очень низкой массой тела) и, особенно менее 1000 г «экстремально недоношенные» (с экстремально низкой массой тела). Частота преждевременных родов переменчива, однако в большинстве развитых стран в последние десятилетия достаточно стабильна и составляет 5-10 % от числа родившихся детей. В России рождается около 30% детей с родовой травмой и различными степенями асфиксии. При этом отмечается высокая смертность, инвалидизация. Причиной является комплекс вредных воздействий на плод в ante- и интранатальном периодах.

Конкретные задачи

Номер и название компетенции	Студент должен знать	Студент должен уметь	Студент должен владеть
ПК 2.1 Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп	<ul style="list-style-type: none"> - Этиологию и патогенез асфиксии и родовой травмы, недоношенности - Диагностические критерии и клинику недоношенности, асфиксии и родовой травмы - Основные принципы лечения и ухода за недоношенными и новорожденными с асфиксией и родовой травмой 	<ul style="list-style-type: none"> - Обосновать диагноз, провести объективное обследование - Составлять план лечебных мероприятий при различной степени недоношенности, асфиксии и родовой травмы - Составлять алгоритм реанимационных мероприятий при тяжелых степенях недоношенности, асфиксии и родовой травмы 	<ul style="list-style-type: none"> - Методами объективного обследования - Методами определения программы лечения и ухода за недоношенными и новорожденными с асфиксией и родовой травмой
ПК 2.2 Определять тактику ведения пациента	<ul style="list-style-type: none"> - Принципы лечения и оказания неотложной помощи новорожденным детям с различными степенью тяжести при асфиксии, родовой травме, недоношенности - Показания для госпитализации и правила транспортировки 	<ul style="list-style-type: none"> - Проводить дифдиагностику данных заболеваний - Грамотно определять тактику ведения новорожденных с данной патологией 	<ul style="list-style-type: none"> - Методикой дифдиагностики данных заболеваний - Тактикой ведения недоношенных, новорожденных с асфиксией и родовой травмой
ПК 2.3 Выполнение лечебных вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> - Особенности применения лекарственных средств детям с данной патологией - Алгоритм проведения реанимационных мероприятий при тяжелых степенях недоношенности, асфиксии и родовой травмы - Правила пользования аппаратурой для 	<ul style="list-style-type: none"> - Выполнять манипуляции по уходу и лечению детей с болезнями новорожденных строго по алгоритму с соблюдением инфекционной безопасности 	<ul style="list-style-type: none"> - Методикой выполнения манипуляций по уходу и лечению детей с данной патологии

	<p>оксигенации и ИВЛ новорожденного</p> <p>- Принципы инфекционной безопасности</p>		
<p>ПК 2.8</p> <p>Вести утвержденную медицинскую документацию</p>	<p>- Виды и правила заполнения медицинской документации: направления на обследования, температурный лист и тд</p>	<p>- Заполнять направления на различные виды обследования: анализ крови и мочи; температурные листы</p>	<p>- Приемами заполнения медицинской документации</p>
<p>ОК 1.</p> <p>Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.</p>	<p>- Сущность и особенность будущей профессиональной деятельности</p>	<p>- Демонстрировать интерес к будущей профессиональной деятельности</p>	<p>- Информацией о профессиональной деятельности среднего медперсонала</p>
<p>ОК 2.</p> <p>Организовывать собственную деятельность, выбирая типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.</p>	<p>- Методы решения профессиональных задач</p>	<p>- Применять различные методы решения профессиональных задач</p>	<p>- Методами организации собственной деятельности</p> <p>- Способами решения профессиональных задач</p> <p>- Методами оценки качества выполнения профессиональных задач</p>
<p>ОК 3.</p> <p>Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях, нести за них ответственность</p>	<p>- Методы решения профессиональных задач при стандартных и нестандартных ситуациях</p>	<p>- Принимать решение при стандартных и нестандартных ситуациях</p>	<p>- Методами решения в стандартных и нестандартных ситуациях</p>
<p>ОК 6.</p> <p>Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами</p>	<p>- Принципы этики и медицинской деонтологии</p>	<p>- Налаживать контакты со студентами в «малых группах»</p> <p>- Прислушиваться к мнению коллег</p> <p>- Отстаивать правильную точку зрения</p>	<p>- Методами и приемами общения в команде</p>
<p>ОК 12.</p> <p>Организовывать</p>	<p>- Принципы охраны труда,</p>	<p>- Организовать рабочее место при</p>	<p>- Методами организации</p>

рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности	противопожарной и инфекционной безопасности	выполнении манипуляций в соответствии с правилами инфекционной, противопожарной безопасности	рабочего места в соответствии с правилами инфекционной, противопожарной безопасности
--	---	--	--

МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ

Обеспечивающие дисциплины, ПМ, МДК, разделы		Обеспечиваемые дисциплины, ПМ, МДК, разделы
ОП 01. Здоровый человек и его окружение ОП 03. Анатомия и физиология человека ОП 04. Фармакология ОП 05. Генетика человека с основами медицинской генетики ОП 06. Гигиена и экология человека ОП 08. Основы патологии ОП 09. Основы микробиологии и иммунологии	Недоношенный ребенок. Асфиксия. Родовые травмы. ГБН	ПМ 02.МДК 02.04 Лечение пациентов детского возраста ПМ 03.МДК 03.01 Дифдиагностика и оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе ПМ 05 МДК 0501 Медико-социальная реабилитация
ПМ 01. МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин		

Перечень манипуляций

1. Полное пеленание
2. Свободное пеленание
3. Утренний туалет новорожденного
4. Кормление из рожка
5. Кормление через зонд
6. Проведение оксигенации
7. Применение грелки
8. Применение пузыря со льдом
9. Постановка периферического катетера и уход за ним

Хронологическая карта занятия

1. Организационная часть	2 мин
2. Определение цели и задач занятия	2 мин
3. Мотивация занятия	3 мин
4. Предварительный контроль	30 мин
5. Демонстрационная часть	30 мин
6. Самостоятельная работа студентов	180 мин
7. Итоговый контроль	20 мин
8. Подведение итогов. Домашнее задание	3 мин

План проведения занятия

№ п / п	Этап занятия	Цель	Содержание и метод проведения	Ори енти рово чное вре мя	Обеспечение этапа
1	2	3	4	5	6
1	Организация занятия	Сконцентрировать внимание студентов, мотивировать их на работу	Проверка присутствующих. Установка дисциплины Проверка внешнего вида	2 мин.	Журнал бригады
2	Определение цели и задач занятия	Сформулировать цели и задачи занятия. Сформулировать конечные результаты работы	Преподаватель рассказывает о целях и задачах занятия, нацеливает студентов на результат работы. Студенты записывают в дневники	2 мин.	Презентация
3	Мотивация занятия	Создать положительную мотивацию познавательной деятельности	Выступление преподавателя.	3 мин.	Презентация
4	Предварительный контроль.	Определение исходного уровня знаний	«Мозговой штурм», составление кластеров. Решение тестовых заданий. Далее студенты проводят взаимопроверку в устной форме с выставлением оценок, согласно критериям.	30 мин.	Задание № 1 Задание №2
5	Демонстрационная часть	Демонстрация выполнения манипуляций согласно алгоритму	Преподаватель демонстрирует манипуляции, объясняя цель, обращая внимание на строгое соблюдение инфекционной безопасности для пациента и медперсонала	30 мин.	Сборник манипуляций. Предметы ухода, куклы-фантомы
6	Самостоятельная работа студентов	Выполнение манипуляций по данной теме согласно	Студенты работают индивидуально. Преподаватель проводит контроль выполнения,	260 мин.	Сборник манипуляций Дневники студентов

			оценивает работу. Возможна работа малыми группами		
7	Итоговый контроль	Реализация полученных знаний на занятии, формирование умений, профессиональных и общих компетенций	Работа малыми группами, (решение ситуационных задач с оформлением направлений на различные виды исследований). Составление алгоритмов реанимационных мероприятий при асфиксии в зависимости от тяжести	30 мин.	Задание №3
8	Подведение итогов. Домашнее задание	Стимуляция познавательной деятельности. Осуществление и использование информации необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач.	Оценка деятельности групп в целом и каждого студента. Обоснование оценок и выделение лучших ответов.	3 мин.	Журнал бригады Задание на самоподготовку: Конспект лекций, учебник: Педиатрия. Авторы: Тихонов В.В., Хубулава Е.И.; Под ред. Н. П. Шабалова - СпецЛит, 2019г.

Вопросы для самоподготовки

1. Недоношенный ребенок. Причины и факторы риска
2. АФО недоношенного ребенка
3. Этапы и принципы выхаживания недоношенных
4. Родовая травма. Факторы риска, виды, клинические проявления
5. Принципы выхаживания и неотложной помощи при родовой травме
6. Формы асфиксии новорожденных, причины и факторы риска возникновения асфиксии
7. Принципы лечения и ухода при асфиксии
8. Профилактика заболеваний периода новорожденности
9. ГБН. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика

Задание №1

Составление кластеров

Уважаемые студенты, вам необходимо

А. Ответить на следующие вопросы «мозгового штурма» :

1. Недоношенный ребенок. Причины и факторы риска невынашиваемости. Критерии диагностики недоношенности. Лечение и уход недоношенных. Правила вскармливания недоношенных детей. Меры профилактики невынашиваемости
2. Асфиксия новорожденных. Этиопатогенез. Критерии диагностики степени тяжести асфиксии. Алгоритм неотложной помощи при асфиксии. Прогноз и меры профилактики
3. Родовая травма. Этиопатогенез. Критерии диагностики различных форм родовой травмы. Лечение и уход новорожденных с различными родовыми травмами в зависимости от тяжести. Прогноз, последствия и меры профилактики.
4. ГБН. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика.

Б. На основании полученных ответов, составить кластеры:

1. Недоношенный ребенок
2. Асфиксия
3. Родовая травма
4. ГБН

Задание №2

Решение тестовых заданий

Уважаемые студенты, внимательно прочитайте тестовые задания
и выберите правильный ответ

1 вариант

1. Недоношенным является ребенок, родившийся при сроке беременности до (нед)
а) 33
б) 35
в) 37

г) 39

2. Недоношенным является ребенок, родившийся с массой тела менее (г)

а) 2000

б) 2300

в) 2500

г) 2700

3. Причина развития геморрагического синдрома у недоношенного новорожденного

а) высокое содержание билирубина

б) низкое содержание билирубина

в) высокое содержание протромбина

г) низкое содержание протромбина

4. Ядерная желтуха у новорожденного обусловлена высоким содержанием в крови

а) белка

б) билирубина

в) глюкозы

г) холестерина

5. Асфиксия новорожденного легкой степени характеризуется по шкале Апгар (в баллах)

а) 8–10

б) 6–7

в) 4–5

г) 1–3

6. Наружная кефалогематома — это кровоизлияние

а) в мягкие ткани головы

б) над твердой мозговой оболочкой

в) под твердой мозговой оболочкой

г) под надкостницу

7. Наиболее частая причина гемолитической болезни новорожденных

а) гипоксия

б) гиперкапния

в) внутриутробное инфицирование

г) резус-конфликт

8. При гемолитической болезни новорожденных токсическое действие на организм оказывает

а) белок

б) билирубин

в) глюкоза

г) холестерин

9. Клинические симптомы отечной формы гемолитической болезни новорожденных

- а) резко выраженная желтуха*
 - б) наличие свободной жидкости в полостях***
 - в) незначительное увеличение печени*
 - г) незначительное увеличение селезенки*
10. "Ядерная" желтуха характеризуется поражением
- а) сердца*
 - б) легких*
 - в) ЦНС***
 - г) почек*
11. Специфическое осложнение ГБН
- а) отит*
 - б) пневмония*
 - в) сепсис*
 - г) билирубиновая энцефалопатия***
12. Ребенка с гемолитической болезнью новорожденных рекомендуется кормить:
- а. донорским молоком*
 - б. адаптированными смесями***
 - в. молоком матери*
 - г. неадаптированными смесями*
13. Разовая доза раствора адреналина у детей при внутривенном введении составляет (мг/кг веса):
- а. 0,01*
 - б. 1*
 - в. 0,05*
 - г. 0,1***
14. У новорожденного гемолитической болезнью забор крови на билирубин проводится:
- а. ежедневно*
 - б. раз в сутки*
 - в. при рождении и при выписке*
 - г. в зависимости от тяжести***
15. Госпитализация недоношенного новорожденного на второй этап выхаживания необходима, если:
- а. он не прибавляет в весе,*
 - б. наблюдается снижение двигательной активности***
 - в. он имеет вес менее 3000г*
 - г. он не выдерживает интервал между кормлениями*

1. Факторы риска развития асфиксии плода и новорожденного включают:

а. длительные гестозы беременных, преждевременная отслойка плаценты

б. срочные роды

в. сбалансированное питание матери

г. физическая активность будущей мамы

2. Для создания оптимальных условий для недоношенного ребенка необходимо обеспечить температурный режим в комнате:

а. б. 18-20 С

б. 20-22

в. 24-26 С

г. 30-32С

3. Первый этап выведения ребенка из асфиксии:

а. освобождение дыхательных путей от слизи

б. проведение искусственного дыхания

в. подачи увлажненного кислорода

г. пузырь со льдом к голове

4. Консервативное лечение гемолитической болезни новорожденных включает:

а. заменное переливание крови

б. оксигенотерапию

в. антибиотикотерапию

г. фототерапию

5. При неэффективности мероприятий по обеспечению первого вдоха у новорожденного в родзале необходимо:

а. провести ингаляцию беродуалом

б. ввести адреналин в пуповину

в. ввести 4% раствор соды внутривенно

г. ввести кордиамин внутримышечно

6. При судорожном синдроме у детей препаратом выбора является:

а. диазепам

б. магния сульфат

в. натрия оксибутират

г. феназепам

7. Повторное введение адреналина новорожденному первого часа жизни при частоте сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту возможно через _____ минут:

а. 5

б. 10

в. 15

г. 20

8. Для уменьшения отека мозга при родовых травмах ЦНС используют:

а. преднизолон

б. фуросемид

в. полиглюкин

г. гепарин

9. Абсолютным показанием для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденных является:

а. уровень билирубина пуповинной крови 50 мкмоль/л

б. темп нарастания уровня билирубина выше 5 мкмоль/л/ч

в. повышение уровня непрямого билирубина на 2-е сутки до 200 мкмоль/л

г. желтуха в 1-е сутки жизни

10. Отечная форма гемолитической болезни новорожденных характеризуется:

а. гепатоспленомегалией

б. тромбоцитопенией

в. лейкопенией

г. нефроптозом

11. Для контроля состояния новорожденного с целью выявления перегрузки при проведении инфузионной терапии необходимо:

а. взвешивать подгузники («Памперс»)

б. измерять пульс

в. следить за цветом кожи

г. следить за характером стула

12. При проведении фототерапии при гемолитической болезни новорожденных необходимо следить за:

а. температурой кожи (исключить перегревание)

б. частотой сердечных сокращений

в. характером стулом

г. частотой мочеиспускания

13. Появление «мозгового» крика при желтухе новорожденного является признаком:

а. плеврита

б. пневмонии

в. ядерной желтухи

г. менингита

14. Появление судорожного синдрома у новорожденного с оценкой по шкале Апгар 4 – 5 баллов является признаком:

а. эпилепсии

б. спазмофилии

в. внутричерепной травме

г. асфиксии

15. Желтушная форма гемолитической болезни новорожденных характеризуется:

а. ретикулоцитозом

б. отеками

- в. тромбоцитопенией*
г. нефроптозом

Ответы на тестовые задания

1 вариант	2 вариант
1. В	1. А
2. В	2. В
3. Г	3. А
4. Б	4. Г
5. Б	5. Б
6. Г	6. А
7. Г	7. А
8. В	8. Б
9. Б	9. Б
10.В	10.А
11.Г	11.А
12.Б	12.А
13.Г	13.В
14.В	14.В
15.Б	15.А

Решение ситуационных задач

Уважаемые студенты, внимательно прочитайте ситуационные задачи и ответьте на поставленные вопросы

Задача №1

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было.

Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод.

При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до+3 см и селезенки до+1,5 см.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

При дополнительном обследовании: билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л.

Нв периферической крови, определенный по cito, 149 г/л.

Задание к задаче по педиатрии 1

1. О каком заболевании можно думать в данном случае? Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
2. Назначьте и обоснуйте лечение.
3. Как должен вскармливаться этот ребенок? Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Ответ к задаче №1 по педиатрии

1. Диагноз: ГБН (Rh-несовместимость). Результаты исследования билирубин пуповинной крови >60 мкмоль/л (тут-105) = абсолютным показателем для ЗПК + низкий уровень Нв периферической крови — 149 г/л (абсолютный показатель - 100).
2. Лечение: ЗПК: раннее 1-2 сут методом Даймонда. Абсол: у доношенного билирубин >342 , прирост >6 мкмоль/ч, желтуха, выраженная бледность

при рождении, НБ в пуповинной крови >60 мкмоль\л, низкий уровень Нв <100 г\л-несовместимость по группе крови и Rhд.б. доказана. Недоношенный: прирост $>3,4$, пуповинной крови -34, н.билирубин >170 (каф). Заменяют 2мя ОЦК($=170$ мл/кг). При Rh конфликте-вводят одногруппной крови Rh-, не $>2-3$ д. консервации, 170-180мл/кг, если н.билирубин $>400 \Rightarrow 250-300$ мл/кг. При АВО эритроцитарную массу 1(0) и одногруппной крови с кровью ребенка или 4(AB) плазму в соотношении 2:1. Заведение на 5см, сначала вводят плазму или 10% альбумин для связывания токсического билирубина 5-8мл/кг. Кровь подогревают до 35-37град. Отсасывают желудочное содержимое. Выводят 30-40мл (н/нош 20). Ввести на 50мл $>$ выведенной. При полицитемии-одинаково. Медленно 3-4мл/мин. Чередуют вывод/ввод по 20мл(н/нош-10). После кажых 100мл-10% глюконата Са $=1,0$; 5% глюкоза-2,0 (борьба с ацидозом). Заканчивают 20 – 25мл плазмы или 10% альбумина +5% сода- 5-10мл. Анализ мочи-сразу, ч/з 2ч – глюкоза. Фототерапия – начинают при непрямом билирубине у донош-205, недоношенных-171, низкая т тела- 100-150. Фотоокисленный непрямой билирубин с образованием биливердина, он водорастворим \Rightarrow выводится с мочой и стулом+конфигурационн. изменения непрямого билирубина на водорастворимые изомеры+структ.изомер с длительностью полувыведения 2ч. Лампы синего и белого света. Длительность 72-96ч, перерыв в фототерапии не >3 ч+инфузионная терапия: 5%глюк, адсорб(смекта, агар-агар, холестирамин) +фенобарбитал(20мкг/кг/сут на 3приема-1д, далее-3,5-4мг/кг), зиксарин.

3. Вскармливание: кормление начинают ч\з 2-6 часов после рождения донорским молоком (10хп) , до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед). Осложнения: ранние - гипогликемия, отечный, геморрагический кардиопатический синдром, синдром сгущения желчи. Поздние - нормохромная, гипохромная. или норморегенераторная анемия. С 3нед-профилактика железом.

Задача № 2

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

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

Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 141 г/л, Эр — $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,99, Лейк — $9,4 \times 10^9/л$, п/я — 7%, с — 53%, э — 1%, л — 32%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час. Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок -54,4 г/л, билирубин: непрямой — 180 мкмоль/л, прямой — нет.

Задание к задаче №2 по педиатрии

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
2. Назначьте и обоснуйте лечение. Как должен вскармливаться этот ребенок?
3. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?

Ответ к задаче по педиатрии

1. Диагноз: ГБН, обусловленной АВО-несовместимостью. Обоснование: мать 1(0), отец 2(A), аборт при 1й беременности, желтуха на 1х сут. Интоксикация. Незначительное увеличение печени. Непрямой билирубин -180, анемия: Нв - 141, белок - 54. Дополнительно: определение группы крови ребенка, ОАК + ретикулоциты, определение титра агглютининов в крови и молоке матери. Пр. проба Кумбса.
2. Вскармливание: кормление начинают ч/з 2-6 часов после рождения донорским молоком (10 х п), до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед). Лечение: ЗПК: раннее 1-2 сут методом Даймонда. Абсол: у доношенного билирубин >342, прирост >6 мкмоль/ч, желтуха, выраженная бледность при рождении, Нв в пуповинной крови >60 мкмоль/л, низкий уровень Нв <100 г/л - несовместимость по группе крови и Rh д.б. доказана. Недоношенный: прирост >3,4, пуповинной крови -34, н.билирубин >170(каф). Заменяют 2мя ОЦК (=170мл/кг). При Rh конфликте-вводят однокрупной крови Rh-, не >2-3д. консервации, 170-180 мл/кг, если н.билирубин >400=>250-300мл/кг. При АВО эритроцитарную массу 1(0) и однокрупной крови с кровью ребенка или 4(AB) плазму в соотношении 2:1. Заведение на 5см, сначала вводят плазму или 10% альбумин для связывания токсического билирубина 5-8мл/кг. Кровь подогревают до 35-37град. Отсасывают желудочное содержимое. Выводят 30-40мл (н/нош 20). Ввести на 50 мл >выведенной. При полицитемии - одинаково. Медленно 3-4 мл/мин. Чередуют вывод/введ по 20 мл (н/нош-10). После кажых 100мл-10% глюконата Са = 1,0; 5% глюкоза - 2,0 (борьба с

ацидозом). Заканчивают 20 – 25 мл плазмы или 10% альбумина + 5% сода - 5-10 мл. Анализ мочи - сразу, ч/з 2 ч – глюкоза. Фототерапия – начинают при непрямом билирубине уденош - 205, недоношенных - 171, низкая m тела - 100-150. Фотоокисленный непрямой билирубин с образованием биливердина, он водорастворим => выводится с мочой и стулом + конфигурационн. изменения непрямого билирубина на водорастворимые изомеры + струк.изомер с длительностью полувыведения 2ч. Лампы синего и белого света. Длительность 72-96ч, перерыв в фототерапии не > 3ч + инфузионная терапия: 5% глюк, адсорб (смекта, агар-агар, холестирамин) + фенobarбитал (20 мкг/кг/сут на 3приема - 1д, далее - 3,5-4 мг/кг), зиксарин.

3. Ребенок вакцинируется БЦЖ через 1г, после постановка реакции Манту. Наблюдение участкового педиатра: на 1 мес ж.– 3р, в 1я 1/2г – 2 рвмес, во 2я 1/2 г — 1р\мес, на 2 году жизни – 1р\3мес. Невропатолог: 1мес–2 осмотра, 1я 1/2г – 1р\3мес, далее по показаниям. Обследование: ОАК– 1 р\мес в течение 3мес.жизни, ОАМ – 2раз вгод. Однократно б\х крови (обменFe), функциональные тесты печени, проба Кумбса, УЗИ печени и желчн.пуз. Если к 1г непрямой билирубин – N, то переводят в 1группу здоровья.

Задача № 3

Девочка В., 5 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с отеками на ногах в третьем триместре. Роды срочные. 1-й период — 6 часов 30 минут, 2-й — 20 минут, безводный промежуток — 4 часа 10 мин. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушноепрокрашивание кожи. Проводилась инфузионная и фототерапия.

При осмотре на 5-й день жизни: кожные покровы интенсивно желтые с зеленоватым оттенком, склеры иктеричны, пупочная ранка сухая, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, тоны сердца ясные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5. см, селезенка -на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексy новорожденного снижены.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 152 г/л, Эр — $4,2 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты -6%, Ц.п. — 0,99, Лейк — $12,0 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 49%, э — 1%, л — 36%, м -8%, СОЭ — 2 мм/час.

Группа крови ребенка A(II) Rh-положительная.

Биохимический анализ крови на 4-й день жизни: общий белок -54,8 г/л, билирубин: непрямой — 328 мкмоль/л, прямой — 34 мкмоль/л, мочевины —

4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, АСТ — 65 ед., АЛТ — 71 ед., ЩФ — 350 ед.

Задание к задаче по педиатрии

1. О каком заболевании можно думать в данном случае? Объясните патогенез данного заболевания. Оцените результаты общего и биохимического анализов крови.
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему? Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?
3. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему? Назначьте лечение. Тактика ведения роженицы после родов.

Ответ к задаче №3 по педиатрии

1. Диагноз: ГБН, обусловленный ф АВО-несовместимостью. Обоснование: во время гестоза (нарушение барьерной функции плаценты) произошло проникновение эритроцитов плода к матери => синтез иммунных анти-А антител, которые проникли ч/з плаценту и обусловили гемолиз эритроцитов в макрофагах печени, селезенки и костном мозге. Результаты общего и биохимического анализов крови: ОАК — анемия, Б\х анализ крови: гипербилирубинемия (N непрямого билирубина (НБ) — 82,3, прямой билирубин (ПБН) <9 мкмоль/л, гиперхолестеринемия (N 1,3 — 2,6 ммоль/л), повышение АСТ и АЛТ.
2. Осложнение: холестаза (желтые с зеленым оттенком кожные покровы, увеличение печени, интенсивная окраска мочи, повышение БДГ >25 мкмоль/л и гипербилирубинемия, увеличение ферментов печени). Осложнения фототерапии: неощутимые потери воды +10-15 мл/м жидкости в сутки, диарея — стул зеленого цвета (изомеры НБ). Транзиторная сыпь на коже, летаргия, транзиторный дефицит рибофлавина.
3. Вскармливание: кормление начинают ч\з 2-6 часов после рождения донорским молоком (10хн), до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед).

Лечение: фенobarбитал: увеличивает секрецию желчи, уменьшает закупорку печеночных канальцев (20 мг/кг/сут на 3 приема — 1 д, далее — 3,5-4 мг/кг), физиотерапия (электрофорез с MgSO₄), холекинетики (5% р-р сорбита или MgSO₄), спазмолитик (но-шпа), панкреатин, панзинорм, улучшает утилизацию жиров. ЗПК: раннее 1-2 сут методом Даймонда: у доношенного — НБ >342, прирост >6 мкмоль/ч; желтуха, выраженная бледность при рождении, НБ в пуповинной крови >60 мкмоль/л, низкий Нв <100 г/л — несовместимость по группе и резус-фактору. У недоношенных: прирост >3,4, пуповинной — 34, НБ >170. Заменяют 2 мя ОЦК (=170 мл/кг). При Rh-конфликте вводят одну групповую кровь Rh-, не >2-3 д. консервации, 170-180 мл/кг, если НБ

>400=>250-300мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и одногруппной кровью ребенка или 4(AB) плазму в соотношении 2:1. Заведение на 5см, сначала вводят плазму или 10% альбумин для связывания токсическим билирубином - 5-8мл/кг. Кровь подогреть до 35-37 град. Отсасывают желудочное содержимое. Выводят 30-40мл (недоношенным -20). Ввести на 50мл> выведенной. При полицитемии - одинаково. Медленно 3-4мл/мин. Чередовать выведение/введение по 20мл(недоношенным-10). После каждые 100мл- 10% глюконата Са=1,0; 5% глюкоза-2,0 (борьба с ацидозом). Законч. 20-25мл плазмы или 10% альб+5%сода- 5-10мл. Ан. мочи- сразу, ч/з 2ч-глюкоза крови. Фототерапия – начинают при непрямом билирубине недонош - 205, недоношенных - 171, низкая m тела - 100-150. Фотоокисленный непрямо билирубин с образованием биливердина, он водорастворим => выводится с мочой и стулом + конфигурационн. изменения непрямого билирубина на водорастворимые изомеры + структ.изомер с длительностью полувыведения 2ч. Лампы синего и белого света. Длительность 72-96ч, перерыв в фототерапии не > 3ч + инфузионная терапия: 5% глюк, адсорб (смекта, агар-агар, холестирамин) + фенobarбитал (20 мкг/кг/сут на 3 приема - 1д, далее - 3,5-4 мг/кг), зиксарин. Тактика ведения после родов: специфическая профилактика резус-сенсibilизация - введение антирезус Ig в 1ые 24 ч после родов.

Задача № 4

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом «кишечное кровотечение».

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период — 15 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как средней тяжести за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% — 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе — ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 180 г/л, Эр — $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,94, тромб — $310,0 \times 10^9$ /л, Лейк — $5,9 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 51%, л — 38%, м — 8%, СОЭ — 2 мм/час.

Время кровотечения по Дюке — 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало — 3,5 минуты, конец — 7 минут.

Коагулограмма: каолиновое время — 100" (норма — 40-60"), АЧТВ -90" (норма — 40-60"), протромбиновое время по Квику — 26" (норма — 12-15"), тромбиновое время — 30" (норма — 28-32"), протромбиновый комплекс -25%

Биохимический анализ крови: общий белок — 48,4 г/л, билирубин: не прямой — 196 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, АСТ — 38 ед., АЛТ — 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — до 6 мм).

Задание к задаче №4 по педиатрии

1. Ваш предварительный диагноз?Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
2. Нуждается ли этот ребенок в консультации специалистов?Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
3. Назначьте лечение.Каков прогноз у этого ребенка? Прогноз.

Ответ к задаче по педиатрии

1. 1.Диагноз: ГБН, морфофункциональная незрелость, НМК 2 степ, синдром частичного угнетения ЦНС, конъюгационная желтуха. Этиология: гестоз, гепатопатии у матери, лечение (если принимала антикоагулянты непрямого действия из группы неодикумарина, аспирин), введение фенobarбитала, дифенина, недоношенный ребенок не ввели вит К (К1-в растительной пище).
2. Специализаты:невропатолог. Прививается по индивидуальному графику после консультации (разрешения) невропатолога.
3. Лечение:кормление 7раз всутки сцеженным материнским молоком, вит К1 — 1мг в\в или в\м или 5мг(недоношенным -3мг),викасола(К3) 2р.ч/з 12ч. Терапия мелены: 0,5 % р-ра NaHCO_3 peros 1 чайн ложка 3 р\день, р-р тромбина в 1 ч.л. 3раз в сутки внутрь. Рецидив =>плазма 15мл/кг капельно.Прогноз:благоприятный.

Задача № 5

Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (НЬ

98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов — 8 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов 20 минут, воды мекониальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 удара в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавленными комочками. В неврологическом статусе — крик монотонный, большой родничок 2,0×2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 192 г/л, Эр — $5,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. — 0,98, Лейк — $12,5 \times 10^9/л$, п/я — 10%, с — 56%, э — 1%, б — 1%, л — 29%, м — 3%, СОЭ — 6 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 62,0 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 3,3 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,1 ммоль/л, фосфор — 2,32 ммоль/л.

Нейросонограмма в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма — 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа — 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш предварительный диагноз? Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
2. Назначьте лечение. Перечислите препараты, которые используют для дегидратации при лечении отека головного мозга.
3. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок после выписки из стационара? Назовите основные причины неонатальных судорог.

Ответ к задаче №5 по педиатрии

1. 1. Диагноз: Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (поражение ЦНС). ВЖК 2 степени, (2 степ). вторичный менингит. Дополнительное обследование: спинно-мозг пункция: увеличенное давление, эритроцитов, лейкоцитов, белка. (Особенности ГЭБ у н/р: ЦНС - кр/снабжение лучше, а отток хуже (аккумуляция токсинов при различных заболеваниях > проницаемость ГЭБ — часто нейротоксикозы), вещество ГМ >чувствительно к повышению внут/черепного давления (м.б. быстрая атрофия и гибель коры при длительная гипертензия; быстро возникает отек-судороги. Компенсаторные возможности при о. гипоксии у н/р: централизация кровотока(увеличение тока крови в мозге, сердце, надпочечниках, сокращение кровотока в почках, легких, к-ке. Состав спинно-мозг жидкости у н/р: общее количество клеток $3 \times 3 - 30 \times 10$ в мм³, в основном лимфоциты, немного моноцитов. Общ белок 40-80 мг%, альбумины 25-56 мг%, глобулины 14-30 мг%, альбум\глобул = 0,4-0,6, реакция Панди (+) до (++) , сахар 30-70 мг%, Cl-640-720 мг%, проницаемость повыш. Окулист: нужен, при отеке м.б. отек соска зрительного нерва, кровоизлияние в сетчатку.
2. Лечение: охранительный режим, монитор основных параметров ж/деятельности (АД, ЧСС, ЧДД, КОС, Нt, глюкоза), фенobarбитал, фуросемид, трентал. Лечение гипоксии, гиперкапнии, ацидоза, гипокемии. Препараты, используемые для лечения отека мозга: дегидратация: маннитол 0,25-0,5 г\кг 10% в\в, капельно, однократно, салуретики (лазикс, фуросемид) не ранее 2-х суток жизни. Дексаметазон (стабилизирует клеточную мембрану), пирацетам, ноотропил (нормализация мозгового кровообращения и ВЧД), фенobarб: 10 мг\кг 2р (увеличивает резистентность нейронов к гипоксии), блокаторы Са каналов, кавентон, трентал.
3. Специалисты: невропатолог, офтальмолог. Причины неонатальных судорог: перинатальная асфиксия, внутричерепное кровоизлияние (субарахноид), метаболические нарушения, инфекционное наслоение заболевания с судорожным синдромом (доброкачественная семейн. эпилепсия, туберозный склероз), синдром абстиненции — лекарственная зависимость у матери; врожденные anomalies обмена в-в.

Задача № 6

Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией.

Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период — 12 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25% 0,5 мл в/м, фенobarбиталом 0,005×2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы — 37 см, большой родничок 2×2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонноротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные +.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 221 г/л, Эр — $6,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,97, Лейк — $8,2 \times 10^9$ /л, п/я — 6%, с — 56%, э — 1%, б — 1, л — 30%, СОЭ — 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок — 55,0 г/л, билирубин: непрямой — 98 мкмоль/л, прямой — нет, мочевины — 4,0 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий — 136 ммоль/л, кальций — 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма — 6 мм).

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш предварительный диагноз? Показано ли этой больной рентгенологическое исследование и какие изменения Вы ожидаете?
2. Назначьте лечение. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер.
3. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть? Какие осложнения возможны? К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?

Ответ к задаче №6 по педиатрии

1. Диагноз: Род.травма шейного отдела позвоночника, парез левой руки типа Дюшена-Эрба (перелом ключицы, эпифизиолиз, вывих и подвывих головки плечевой кости, остеомиелит плеча, врожденная гемигипоплазия (черепно-лицевая асимметрия + недоразвитием 1/2 туловища и одноименной конечности). Rg + консультация хирурга: для исключения перелома или вывиха головки плечевой кости, эпифизиолиза, остеомиелита(на 7-10 д). Rg позвоночника – исключает пороки развития. Rg грудной клетки- высокое стояние диафрагмы + ограничение подвижности – повреждение С3-С4.
2. Лечение: Иммобилизация головы и шеи на 10-14дней (ватно-марлев воротник типа Шанца, пальцевидно ватно-марлевая повязка Юхновой (“бублик”)), обезболивании реланиум 0,1 мг\кг 2-3 р\сут., щадящий уход, осторожное пеленание, в остром периоде: ноотропил, пантогам, АТФ, В1, В6, В12, церебролизин – улучшают трофические процессы, дибазол, галантамин, прозерин – восстановление нервно-мышечной проводимости, лидаза, коллагеназа – рассасывание (с 3-4 нед), физиотерапия, электростимуляция, массаж, гидротендометрия (t воды 37-36,5 град + морская соль, хвойный экстракт). АБ хорошо проник ч/з ГЭБ: левомецетин, СА, триметоприм, изониазид, карбенициллин, цефепим, амоксициллин, кетоцеф, фортум. При менингите хорошо проник: аминазин, ампициллин, бензилпенициллин, метициллин, тетрациклин, цефатоксим.
3. Прогноз зависит от степени тяжести и уровня поражения. Осложнения: длительная мышечная слабость в паретической конечности, при грубых органических нарушениях – дегенерация нервных волокон => атрофия шеи, контрактуры, сколиоз, шейный остеохондроз. Отдаленные: периферическая цервикальная недостаточность, острые нарушения мозгового и спинального кровообращения, миопия, нарушения слуха. На 1г: срыгивания, рвота. Миелинизация нервных волокон пирамидного пути заканчивается к 5-6 мес.

Основная литература:

1. Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кашеева Г.И. Педиатрия. 8-е издание, Учебник. Издательство «Оникс», 2014 г.

2. Тихонов В.В., Хубулаева Е.И.; Педиатрия: Под редакцией: Шабалова Н.П. Издательство: СпецЛит, 2019 г.
3. Неонатология: Учебн. пособие : В 2 т. / Н.П.Шабалов. — Т. I. — 3-е изд., испр. и доп. — М.:МЕДпресс-информ, 2004 г.
4. Педиатрия. Авторы: Тихонов В.В., Хубулава Е.И.; Под ред. Н. П. Шабалова - СпецЛит , 2019г.

Дополнительная литература:

1. Иванеев М.Д. Первичная помощь и реанимация новорожденных. Практическое пособие. – С-Пб., 2000.
2. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Под ред. А.А. Баранова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Доскин В.А., Косенкова Т.В. Поликлиническая педиатрия. – М., 2002.