**Задача по неонатологии 1**

Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. На 5-е сутки появилось нагрубание молочных желез.

При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются белова-Тотжелтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота — крупнопластинчатое шелушение. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при надавливании выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с непереваренными комочками, прожилками слизи.

**Дополнительные данные исследования к задаче**

*Общий анализ крови:* НЬ — 186 г/л, Эр — 5,6×1012/л, Ц.п. — 0,94, Лейк — 6,4х 109/л, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 45%, м — 7%, СОЭ — 2 мм/час.

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

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 52,4 г/л, билирубин: непрямой — 51 мкмоль/л, прямой — нет, мочевина — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — 141 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л, фосфор — 1,9 ммоль/л.

**Задание к задаче по педиатрии**

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?

2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?

3. Как должна вести себя весовая кривая в ближайшие дни?

4. Чем объяснить нагрубание молочных желез? Необходим ли осмотр хирурга?

5. Чем обусловлено наличие крупнопластинчатого шелушения? Необходим ли осмотр дерматолога?

6. С чем связано изменение характера стула? Требуется ли экстренная коррекция?

7. Оцените результаты общего анализа крови.

8. Оцените результаты общего анализа мочи. С чем могут быть связаны выявленные изменения? Необходима ли консультация нефролога?

9. Оцените результаты биохимического анализа крови. Чем обусловлены выявленные отклонения?

10. С какими заболеваниями приходится дифференцировать пограничные состояния?

11. Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.

12. Как следует кормить этого ребенка?

13. В чем сущность метаболической адаптации новорожденного?

14. Какие периоды внутриутробного развития плода выделяют?

**Ответ к задаче 1**

1.Пограничные сост.-физиологическая потеря массы тела ,физиологическое шелушение ,половой криз, транзиторный катар кишечника ,мочекислая нефропатия.

2.потеря массы тела в первые дни происходит за счет физиолог.потерь(моча,кал,с дыханием)

3.Весовая кривая вближайшие дни достигнет исходного уровня.

4.нагрубание молочных ж.состояние, появляющееся у 2 / 3 новорожденных детей(чаще у девочек)связано с высоким уровнем половых гормонов в крови матери и пуповинной крови ребенка и женском молоке(прогестерон,эстрадиол,эстриол,пролактин), достигает максимума к 8-10 дню, затем постепенно степень нагрубания уменьшается, необходимо соблюдение правил гигиены и местно сухое тепло или компрес скамфорным спиртом.

5.физиологическое шелушение кожных покровов возникает на 3-5 й день жизни у детей с особенно яркой простой эритемой при ее угасании, чаще на животе и груди, особенно обильное шелушение отмечается у переношенных детей, проходит самостоятельно.

6.изменение частоты и характера стула связана с транзи-м.катаром и дисбактериозом кишечника.Происходит заселение кишечника м / о (при прохождении родовых путей, сосании груди и тд.) и переход на лактотрофный тип питания (бифидумфактор ж.молока) в норме он продолжается до 14-15 дня далее надо подходить диференцированно.Экстренной коррекции не требует.

7.анализ крови соответствует возрасту нейтр.=лф.физ.перекрест.

8.В общ.анализе мочи присутствуют соли мочевой кислоты это связано с катаболической направленностью обмена веществ и распадом большого количества клеток (в основном лейкоцитов), из нуклеиновых к-т. ядер которых образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований, конечным этапом метаболизма которых является мочевая к-та.

9.БХ.крови повышен непрямой Б.т.к.идет гемолиз фетального гемоглобина,аферментотивная активность печени низкая.

10. 11. 12.кормить грудным молоком.

13.Пограничные состояния ,реакции, отражают процесс приспособления к родам, новым условиям жизни, длительность от 2,5 до 3,5 нед.,а унедоношенных и более.

14.Ранний неонатальный до 7 дня и поздний неонатальный с 7 до 28 дня периоды.

**Задача по неонатологии 2**

Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1-й половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась иктеричность кожных покровов.

При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны звучные, живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

**Дополнительные данные исследования к задаче**

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

*Группа крови ребенка* 0(I) Rh-положительная.

*Общий анализ крови:* НЬ — 196 г/л, Эр — 5,9×1012/л, ретикулоциты -1,5%, Ц.п. — 0,94, Лейк — 9,0×109/л, п/я — 5%, с — 42%, э — 1%, л — 47%, м -5%, СОЭ — 2 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет — соломенно-желтый, реакция — кислая, удельный вес — 1004, белок отсутствует, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет.

*Биохимический анализ крови* на 4-й день жизни: общий белок -52,4 г/л, билирубин: непрямой — 140 мкмоль/л, прямой — нет, мочевина -4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий — Г41 ммоль/л, АЛТ — 25 ммоль/л, ACT — 18 ммоль/л

**Задание к задаче**

1. Поставьте диагноз.

2. Как Вы оцениваете массо-ростовой показатель при рождении?

3. Оцените результаты общего анализа крови.

4. Оцените результаты общего анализа мочи.

5. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?

6. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.

7. Возможно ли развитие гемолитической болезни новорожденного в данном случае?

8. Каков генез желтухи в данном случае?

9. Проведите дифференциальный диагноз конъюгационной и гемолитической желтухи у новорожденного.

10. При каких клинических синдромах новорожденного с желтухой следует показать невропатологу?

11. При каких цифрах непрямого билирубина новорожденному с желтухой необходимо сделать заменное переливание крови?

12. Требует ли лечения желтуха у данного ребенка?

13. Как кормить этого ребенка?

14. Каков прогноз для этого ребенка?

**Ответ к задаче**

1/DS:Физиологическая желтуха новорожденных.

2/Массово/Ростовойпоказатель=60,7 (N-60-80/)

3/ретикулоцитоз связан с гемолизом фетального гемоглобина, С.я.=Лф.(физ.перекрест.)

4/норма.

5/повышен непрямой Б. т.к.повышен распад фетального гемоглобина.,незначительно повышен холестерин т.к.имеется холестаз.

6/ 1.Повышенным образованием Б.(N-в пуповинной крови-26-34 мкмоль/л)145 мкмоль/кг./сут. в следствии :

а) укороченной продолжительности жизни Эр.из-за преобладания Эр.с фетальным гемоглобином;

б) выраженного неэффективного эритропоэза;

в) увеличенного образования Б.в катоболическую фазу обмена из неэритроцитарных источников гема (миоглобина,печеночный цитохром и др.)

2.Пониженной функциональной способностью печени ,проявляющейся:

а) сниженном захвате НБ.гепатоцитами,

б) низкой способностью к глюкуранированию Б.из-за низкой активности глюкуранилтрансферазы и уридиндифосфоглюкозодегидрогеназы в основном по причине угнетения их гормонами матери,

в) сниженной способности к экскреции Б.из гепатоцита

3.Повышенным поступлением НБ.из кишечника в кровь в связи:

а) высокой активностью В-глюкуронидазы в стенке кишечника,

б)поступлением части крови от кишечника через аранцев проток в нижнюю полую вену, минуя печеньт.е.нарушением гепатоэнтерогенной циркуляции Б.

в) стерильностью кишечника и слабой ребукцией желчных пегментов.

7/ ГБН .не разовьется (ГБН- по Rh- фактору, по АВО системе когда у у матери 1 (О) гр.крови ,ау ребенка 2(А) или 3 (В) гр.крови.

8/ гемолиз Н b, низкая ферментативная активность печени.

9/ физ.желтуха-появляется на 2-3 день, Б.непряиой 140-150мкмоль/кг/сут.,Б.пуповинной кр.26-34мкмоль/л.,общее состояние не страдает,проходит к 10 дню.-Гемолитическая ж.- имеются при рождении и появляются в первые сутки или на второй неделе жизни,длятся более 7-10 дней у доношенных и 10-14 дней у недоношенных детей, протекают волнообразно, темп прироста НБ.более 5мкмоль/л/час или 85мкмоль/л/сут., уровень НБ.в сыворотке пуповинной крови –более 60мкмоль/л –на 2-е сут.жизни , максимальный уровень ПБ.более 25мкмоль/л.

10/ При высоких цифрах Б. 340мкмоль/л у доношенных и 170мкмоль/л унедо-х. риске развития билирубиновой Энцефалопатии 4 фазы –

1) билирубиновая интоксикация : вялость,снижение мышечного тонуса и аппетита вплоть до отказа от пищи,бедность движений,монотонный крик,неполная выраженность рефлекса Морро,срыгиваниния ,рвота, патологическое зевание, блуждающий взгляд.

2.ядерная желтуха : спастичность, ригидность затылочных мышц, вынужденное положение тела с опистотонусом, переодическое возбуждение и резкий мозговой крик, выбухание большого родничка, подёргивание мышц лица, крупноразмашистый тремор рук,судороги,симптом заходяще солнца, нистагм, симптом Грефе, брадикардия, летаргия, повышение температуры тела.

3.пер.мнимого благополучия и исчезновения спастичности (начиная со 2-й нед. жизни),

4.пер.формирования неврологических осложнений начинается в конце периода новорождённости или на 3-5 мес.жизни: ДЦП, атетоз, хореоатетоз, параличи, парезы, глухота и др.

11/ Показания к ЗПК – Б. выше 342 мкмоль/л, темп нарастания Б. выше 6,0 мкмоль/л-ч.и уровень его в пуповинной крови выше 60 мкмоль/л, тяжёлой анемии (Нb менее 100г/л),у детей с гипотрофией в зависимости от степени гипотрофии от 342 до 222 мкмоль/л

12/ желтуха лечения не требует.

13/ кормить грудным молоком

14/ прогноз благоприятный.

**Задача по неонатологии 3**

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

Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(П) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортом 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**

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.

*НЬ периферической крови,* определенный по cito, 149 г/л.

**Задание к задаче**

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?

2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.

3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?

4. Какие изменения можно ожидать в общем анализе крови?

5. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости?

6. Каков патогенез настоящего заболевания?

7. Какие группы крови Вы знаете?

8. Назовите особенности обмена билирубина у новорожденного.

9. Как должна была наблюдаться в женской консультации эта беременная женщина?

10. Назначьте и обоснуйте лечение.

11. Как должен вскармливаться этот ребенок?

12. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

13. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?

14. Как должен наблюдаться участковым педиатром этот ребенок после выписки?

15. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок в дальнейшем?

**Ответ к задаче 3**

1.Дз:ГБН (с >-й вероятностью обусл. Rh-несовместимостью)

2.ЗПК:Б/р пуп.крови >60 мкмоль/л(тут-105)=абсолютн показатением для ЗПК+низк.ур-нь Нв периф.крови–149гл(абс.показ.-со 100).

3.Доп.обсл:для уточн.д-за-опред-е гр.крови и Rh-фактор у ребенка. 4.ОАК:анем,рет-з, псевдолейк-з из-за увелич.нормо-,эритробластов. 5.УЗИ: увеличение печени и селезенки.

6. ПЗ: с 16-18 нед.бер-ти Эр плода обнар. в крови матери, max выраж трансплацентарн трансфузия во время родов. Во время 1ой бер-ти Эр плода , имеющие Rh ф-р проник.в орг-м матери и запускают син-з Rh-ат. Во время бер-ти из-за небольш.кол-ва Эр плода, проникающ. к матери, и иммуносупрессии в орг-ме беременн.1вичн.имм.ответ у матери снижен, но после рожд-я ребенка(=>много Эр проникает в кровоток матери+снятие иммуносупрессии), происх. активн.син-з Rh-ат, кот проник.к Rh + плоду при следующ. бер-тях.

7. Группы.кр:*АВО-сист*-эритр.содерж.аг-агглютинин1(0),2(А),3(В), 4(АВ).Плазма.содержит ат-агглютиногены(1a,b,2b,3a,4-0).Гемолиз, если встреч.Аиa,Виb.*Rh-ф-р* по Виннеру–Rh1(C),Rh0(D),Rh’’(E), hr1(с),hr0(d).hr’’(e),Rh0=Rh+Др.сочетан-оч.редко.

Еще есть гр.кр.по Келли,Дабби,Кид,Льюис,С,М.

Перелив.эр-массы:1ю-всем,2ю-2,4,3ю-3,4,4ю-4й.Rh+=>Rh+.Rh-=>всем.Перелив.плазм:4ю-всем,3ю-3,1;2ю-2,1;1ю-1(в плазме Rh нет)

8. Особ-ти обмена б/р у н/р: а) повыш.образов-е б/р, укороч. продолж-ть жизни эритр.и Нв, неэффек-ть эритропоэза,катабол. направл-ть ОВ;б) сниж. f-ная способ-ть печ(сниж.захват б/р-на гепатоцитами(гц), низк. акт-ть глюкуронилтрансфер, уридиндин- фосфоглюкозодегидрогеназы, сниж. способ-ть экскреции б/р гц-тами) в)Увел.поступл.НБ из киш-ка в кр.

9.Наблюд-е в женск.конс-ции: опред-е титра ат в кр.матери 1рмес до 32нед, 2 рмес на 32-35н,далее-1рвнед. Амбулат.проведение курсов неспецифич десенсибилиз:по 10-12 дн на 10-12, 22-24 и 32-34 нед. Вв 20% глюк, 5% аскорб к-та, ККБ, внутрь рутин, метионин, Fe, Са-глюконат, вит Е. УЗИ в динамике: с 20-24 нед – каждые 3-4 нед(плацентометрия, фетометрия, дыхательн акт-ть плода) при сроке 34-36 нед напр в роддом при Rh-сенсиб, в 36-37нед при АВ0 сенсиб. – опред-е оптич.плотности б/р в окопл.водах.Лучше родоразреш.ч/з естес.род.пути,бережн.вед-е родов,пережим.пупов.сразу после родов

10.Леч-е: ЗПК:раннее 1-2 сут м-дом Даймонда.Абсол:у доношен .б/р>342, прирост>6мкмоль/ч, желтуха/выраж. бледн. при рожден, НБ в пупов.кр.>60 мкмольл, низк.Нв<100 гл-несовм-ть по гр.и ф-ру д.б. доказана. Н/нош: прирост->3,4,пупов.-34,н.б/р>170(каф).Заменяют 2мя ОЦК(=170мл/кг). При Rh конфликте-вводят одногрупн кро,Rh-, не>2-3д. консервации,170-180мл/кг,если н.б/р>400=>250-300мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и одногруппн.с кровью ребенка или 4(АВ) плазму в соотн 2:1.Заведение на 5см,снач.ввод.плазму или 10% альб-для связ.токс.б/р-5-8мл/кг. Кр.подогрет.до35-37град.Отсас. желуд. сод-ое.Вывод.30-40мл(н/нош-20).Ввести на 50мл>выведенной. При полицитемии-одинаково.Медл,3-4мл/мин.Чередуют вывед/ введ по 20мл(н/нош-10).После кажд.100мл-10%глюкСа=1,0;5%глюкоза-2,0 (борьба с ацидозом).Заканч.20-25мл плазмы или 10%альб+5%сода- 5-10мл.Ан.мочи-сразу,ч/з 2ч-глюкоза кр.Фототерап=начин.при н.б/р у донош-205,н/нош-171,низк.mт-100-150. Фотоокисл.н.б/р с обр-е6м биливердина,он водораств=>выв.с мочой и стулом+конфигурационн. изм-я н.б/р на водораст.изомеры+структ.изомер с длит-тью полувыв. 2ч.Лампы синего и белого света.Длит-ть 72-96ч,перерыв в фототер. не>3ч+инфуз.тер: 5%глюк,адсорб(смекта,агар-агар, холестирамин) +фенобарб(20мкг/кг/сут на 3приема-1д,далее-3,5-4мг/кг),зиксарин.

11. Вскармлив:кормлен.начин.чз 2-6 часов после рожд.донорск.мол. (10хn) , до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед).

12. Осл-я: ранние=гипогликемия,отечный, геморрагич, кардиопатич с-м, с-м сгущения желчи. Поздние=нормохром, гипохромн. или норморегенераторн анемия. С 3нед-профил-ка железом.

13.Профил: введ. антиRh-Ig-200мкг в 1й д. после любого прер. беременности. Женщинам с выс.ур-нем-внутриутр. ЗПК, родоразр.кес.сеч.на37-39н.

14.Наблюд-е участк.педиатра: на 1 мес ж.– 3р, в 1я 1/2г – 2 рвмес, во 2я 1/2г — 1рмес, на 2 г.ж.– 1р3мес. Невропатолог:1мес–2 осмотра, 1я 1/2г– 1р3мес, далее по показ. Обслед:ОАК–1 рмес в теч.3мес.жизни, ОАМ – 2рвг. Однокр.бх крови (обменFe),функц.тесты печени, проба Кумбса,УЗИ печени и желчн.пуз. Если к 1г н.б/р=N-перевод в 1гр.зд. 15. Специалисты: невропатолог.

**Задача по неонатологии 4**

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

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

Первая беременность закончилась медицинским абортом 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**

*Общий анализ крови:* НЬ — 141 г/л, Эр — 3,9х1012/л, Ц.п. — 0,99, Лейк — 9,4х109/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**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?

3. Каковы возможные результаты дополнительного обследования?

4. Каков патогенез выявленных клинических симптомов?

5. Какие изменения могут быть выявлены при осмотре ребенка невропатологом?

6. Какие результаты могут быть получены при УЗИ органов брюшной полости?

7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?

8. Как следует кормить этого ребенка?

9. Назначьте лечение.

10. Какие группы крови Вы знаете?

11. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh-фактор?

12. Может ли данный ребенок быть вакцинирован БЦЖ и когда?

13. Как следует наблюдать за ребенком после выписки из стационара?

14. К какой группе здоровья следует отнести данного ребенка после выздоровления?

**Ответ к задаче 4**

1.Дз,обосн:ГБН, обусл АВО-несовм.Обосн:мать1(0),отец-2(А),аборт при 1й бер-ти,желтуха на 1х сут.Интоксик.Незнач.ув.печ.Н.б/р-180, анем-Hb-141,белок-54.

2.Доп:опред-е гр.кр.ребенка,ОАК+ретикулоциты, опред-е титра агглютининов в крови и молоке матери. Пр.проба Кумбса.

3.Что м.б.в анал:Гр.кр2 (А) в ОАК-ретик-з. Ув.титра иммун ат, прям. проба Кумбса слабо+.

4.ПЗ симпт:Иктеричность кожи и склер – гиперб/р-емия. Вялость, мыш гипот, гипорефлекс – б/р-вая интокс.(1 фаза б/р энцефалопатии)

5.Невропатол: монотонный крик, неполн.выраженность рефлекса Моро (только 1 фаза), “блуждающий взгляд”.

6. На УЗИ: увеличение печени и селезенки.

7. Ддз: желтуха на гр.вскарм-нии, инфекц,субдур.к/изл, кефалогемат, деф-т Г-6-ФД, пирувакиназы, насл.сфероцитоз, с-м Криглера-Найяра,Люцея-Дрисполла (семейн н/нат желтуха), гипотиреоз.

8.Вскармливание:кормление начин.чз 2-6 часов после рожд донорск. молоком (10хn) , до исчезнов.изоантител в молоке матери (2-3 нед).

9,11. Леч-е: ЗПК:раннее 1-2 сут м-дом Даймонда.Абсол:у донош= н.б/р>342,прирост>6мкмоль/ч,желтуха/выраж.бледн.при рожден, НБ в пупов.кр.>60 мкмольл, низк.Нв<100 гл-несовм-ть по гр.и ф-ру д.б. доказана. Н/нош:прирост->3,4,пупов.-34,н.б/р>170(каф).Заменяют 2мя ОЦК(=170мл/кг). При Rh конфликте-вводят одногрупн кро,Rh-, не>2-3д. консервации,170-180мл/кг,если н.б/р>400=>250-300мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и одногруппн.с кровью ребенка или 4(АВ) плазму в соотн 2:1.Заведение на 5см,снач.ввод.плазму или 10% альб-для связ.токс.б/р-5-8мл/кг. Кр.подогрет.до35-37град.Отсас. желуд. сод-ое.Вывод.30-40мл(н/нош-20).Ввести на 50мл>выведенной. При полицитемии-одинаково.Медл,3-4мл/мин.Чередуют вывед/ введ по 20мл(н/нош-10). После кажд.100мл-10%глюкСа=1,0;5%глюкоза-2,0 (борьба с ацидозом). Заканч.20-25мл плазмы или 10%альб+5%сода- 5-10мл.Ан.мочи-сразу,ч/з 2ч-глюкоза кр.Фототерап=начин.при н.б/р у донош-205,н/нош-171,низк.mт-100-150.Фотоокисл.н.б/р с обр-е6м биливердина,он водораств=>выв.с мочой и стулом+конфигурационн. изм-я н.б/р на водораст.изомеры+структ.изомер с длит-тью полувыв. 2ч.Лампы синего и белого света.Длит-ть 72-96ч,перерыв в фототер. не>3ч+инфуз.тер: 5%глюк,адсорб(смекта,агар-агар, холестирамин) +фенобарб(20мкг/кг/сут на 3приема-1д,далее-3,5-4мг/кг),зиксарин.

10. Группы.кр:*АВО-сист*-эритр.содерж.аг-агглютинин1(0),2(А),3(В), 4(АВ).Плазма.содержит ат-агглютиногены(1a,b,2b,3a,4-0).Гемолиз, если встреч.Аиa,Виb.*Rh-ф-р* по Виннеру–Rh1(C),Rh0(D),Rh’’(E), hr1(с),hr0(d).hr’’(e),Rh0=Rh+Др.сочетан-оч.редко.Еще есть гр.кр. по Келли,Дабби,Кид,Льюис,С,М. Перелив.эр-массы:1ю-всем,2ю-2,4,3ю-3,4,4ю-4й.Rh+=>Rh+.Rh-=>всем.Перелив.плазм:4ю-всем,3ю-3,1;2ю-2,1;1ю-1(в плазме Rh нет)

12. Ребенок вакцинируется БЦЖ ч/з 1г, после постанов.р-ции Манту.

13. Наблюд-е участк.педиатра: на 1 мес ж.– 3р, в 1я 1/2г – 2 рвмес, во 2я 1/2г — 1рмес, на 2 г.ж.– 1р3мес. Невропатолог:1мес–2 осмотра, 1я 1/2г– 1р3мес, далее по показ.Обслед:ОАК–1 рмес в теч.3мес.жизни, ОАМ – 2рвг. Однокр.бх крови (обменFe),функц.тесты печени, проба Кумбса,УЗИ печени и желчн.пуз. Если к 1г н.б/р=N-перевод в 1гр.зд.

14. Группа здоровья 3 (?).

**Задача по неонатологии 5**

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

Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(1) Rh-отрица-тельную 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 желтушное прокрашивание 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 рефлексы новорожденного снижены.

**Дополнительные данные исследования к задаче**

*Общий анализ крови:* НЬ — 152 г/л, Эр — 4,2×1012/л, ретикулоциты -6%, Ц.п. — 0,99, Лейк — 12,0х109/л, п/я — 6%, с — 49%, э — 1%, л — 36%, м -8%, СОЭ — 2 мм/час.

*Группа крови* ребенка А(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, мочевина — 4,2 ммоль/л, холестерин — 7,0 ммоль/л, калий — 4,6 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, кальций — 1,2 ммоль/л, ACT — 65 ед., АЛТ — 71 ед., ЩФ — 350 ед.

**Задание к задаче**

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?

2. Объясните патогенез данного заболевания.

3. Оцените результаты общего анализа крови.

4. Оцените результаты биохимического анализа крови.

5. Какое дополнительное обследование следует провести ребенку для подтверждения диагноза?

6. Какие результаты можно ожидать при УЗИ органов брюшной полости?

7. Можно ли было прогнозировать развитие этого заболевания гинекологами женской консультации?

8. О каком осложнении основного заболевания можно думать в данном случае и почему?

9. Расскажите об особенностях обмена билирубина у новорожденного.

10. Какие осложнения могут возникнуть при проведении фототерапии?

11. Как должен вскармливаться этот ребенок и почему?

12. Назначьте лечение.

13. Как должен наблюдаться ребенок участковым педиатром после выписки?

**Ответ к задаче**

1.ГБН, АВ0 несовместимость.

2.ПЗ:во время гестоза (нар-е барьерн ф-ции плаценты) произошло проникнов.Эр плода к матери=> синез иммун.антиА ат, кот.проник ч/з плаценту и обусл.гемолиз Эр в макрофагах печени, селез и КМ.

3,4.ОАК–анемия,Бх крови: гиперб/ремия (N НБ–82,3, ПБ<9 мкмольл, гиперх/с-емия(N 1,3 – 2,6 ммольл), повыш АСТ и АЛТ.

5.Доп.обсл:Опред.титрRh-ат и аллогемагглютининов в кр.и молоке матери и в белковой и солевой средах(Ддз естественн.агглютининов (Ig M) от иммунных (IgG). Прямая проба Кумбса у ребенка слабо +.

6. На УЗИ: увеличение печени и селезенки.

7.Можно ли прогнозир.данное заб-е в ЖК. Да. Необх.исслед кровь на наличие групповых иммунных ат к Эр мужа, если у него 2(А), 3(В) или 4(АВ) гр кр.(даже при 1ой бер-ти).

8.Осл-е: холестаз (желтые с зеленым оттенком кожные покровы, увел.печень, интенсивн окраска мочи, повыш БДГ >25 мкмольл и неконъ.гиперб/р-емия, увелич ферментов печени).

9. Особ-ти обмена б/р у н/р: а) повыш.образов-е б/р, укороч. продолж-ть жизни эритр.и Нв, неэффек-ть эритропоэза,катабол. направл-ть ОВ;б) сниж. f-ная способ-ть печ(сниж.захват б/р-на гепатоцитами(гц), низк. акт-ть глюкуронилтрансфер, уридиндин- фосфоглюкозодегидрогеназы, сниж. способ-ть экскреции б/р гц-тами) в)Увел.поступл.НБ из киш-ка в кр.

10. Ослож-я фототерапии:бОльшие, чем в N неощутимые потери воды +10-15 млм ж-ти в сут, диарея-стул зел.цвета (изомеры НБ). Транзиторн.сыпь на коже, летаргия, растяж.живота, тарнзиторный дефецит рибофлавина.

11.Вскармл:кормлен.начин.чз 2-6 часов после рожд.донорск.мол. (10хn) , до исчезновения изоантител в молоке матери (2-3 нед).

12.Леч-е: фенобарб:увелич.секрецию желчи, уменьш.закупорку печен канальцев(20мкг/кг/сут на 3приема-1д,далее-3,5-4мг/кг), физиотер(электорофорез с MgSO4), холекинетики (5%р-р сорбита или MgSO4), спазмолитик (но-шпа), панкреатин, панзинорм, улучш утилизацию жиров. ЗПК:раннее 1-2 сут м-дом Даймонда.Абсол:у донош= н.б/р>342,прирост>6мкмоль/ч;желтуха, выраж.бледн.при рожден, НБ в пупов.кр.>60 мкмольл, низк.Нв<100 гл-несовм-ть по гр.и ф-ру д.б.доказана.Н/нош:прирост->3,4,пупов.-34,н.б/р>170(каф). Заменяют 2мя ОЦК(=170мл/кг). При Rh конфлик-вводят одногрупн кро,Rh-, не>2-3д. консервации,170-180мл/кг,если н.б/р>400=>250-300мл/кг. При АВО эр-массу 1(0) и одногруппн.с кровью ребенка или 4(АВ) плазму в соотн 2:1.Заведение на 5см, снач.ввод.плазму или 10% альб-для связ.токс.б/р-5-8мл/кг. Кр. подогрет.до35-37град. Отсас. желуд. сод-ое.Вывод.30-40мл(н/нош-20).Ввести на 50мл> выведенной. При полицитемии-одинаково. Медл,3-4мл/мин.Чередов. вывед/ введ по 20мл(н/нош-10).После кажд.100мл-10%глюкСа=1,0; 5%глюкоза-2,0 (борьба с ацидозом). Заканч.20-25мл плазмы или 10% альб+5%сода- 5-10мл.Ан.мочи-сразу,ч/з 2ч-глюкоза кр.Фототерап= начин.при н.б/р у донош-205, н/нош-171,низк.mт-100-150.Фотоокисл. н.б/р с обр-ем биливердина, он водораств=>выв.с мочой и стулом+ конфигурационн. изм-я н.б/р на водораст.изомеры+ структ.изомер с длит-тью полувыв. 2ч.Лампы синего и белого света.Длит-ть 72-96ч,перерыв в фототер. не>3ч+ инфуз.тер: 5% глюк,адсорб (смекта, агар-агар, холестирамин) зиксарин.

13. Наблюд-е участк.педиатра: на 1 мес ж.– 3р, в 1я 1/2г – 2 рвмес, во 2я 1/2г — 1рмес, на 2 г.ж.– 1р3мес. Невропатолог:1мес–2 осмотра, 1я 1/2г– 1р3мес, далее по показ.Обслед:ОАК–1 рмес в теч.3мес.жизни, ОАМ – 2рвг. Однокр.бх крови (обменFe),функц.тесты печени, проба Кумбса,УЗИ печени и желчн.пуз. Если к 1г н.б/р=N-перевод в 1гр.зд.