|  |  |
| --- | --- |
| ОДОБРЕН  Ученым советом государственного  учреждения «Республиканский  научно-практический центр  «Мать и дитя»  Министерства здравоохранения  Республики Беларусь  Протокол №  « » 2025 г. | УТВЕРЖДАЮ  Директор  РНПЦ «Мать и дитя»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.А.Васильев  « » 2025 г. |

**ВОПРОСЫ К КВАЛИФИКАЦИОННОМУ ЭКЗАМЕНУ КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

«**Неонатология»**

1. Этика взаимоотношений врача и пациента: основные этико-психологические проблемы и способы их разрешения.
2. Принцип конфиденциальности (сохранение врачебной тайны, неразглашение информации о состоянии здоровья пациента).
3. Основные понятия: живорождение, мертворождение, гестационный возраст, зрелость, доношенный, недоношенный, переношенный ребенок, постконцептуальный возраст.
4. Ранняя неонатальная смертность. Неонатальная смертность. Младенческая смертность. Расчет показателей. Уровень в Республике Беларусь.
5. Разноуровневая система перинатальной помощи в Республике Беларусь.
6. Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие работу неонатальной службы в Республике Беларусь.
7. Организация медицинской транспортировки новорожденных детей в тяжелом состоянии.
8. Особенности терморегуляции у новорожденных.
9. Гипотермия у новорожденных: технологии профилактики и коррекции гипотермии при рождении.
10. Гипертермический синдром у новорожденных.
11. Внутриутробная гипоксия и асфиксия. Шкала Апгар.
12. Асфиксия новорожденного: диагностические критерии, лечение.
13. Оснащение родильного зала, операционной для оказания медицинской помощи новорожденным.
14. Первичные реанимационные мероприятия новорожденному ребенку с гестационным возрастом более 33 недель.
15. Первичные реанимационные мероприятия новорожденному ребенку с гестационным возрастом менее 32 недель.
16. Интубация трахеи у новорождённых. Показания, техника проведения, осложнения.
17. Катетеризация пупочной вены. Показания, анатомические предпосылки, техника проведения.
18. Неонатальная аспирация мекония: диагностика, лечение.
19. Синдром дыхательных расстройств у новорожденных. Механизмы развития, клинико-диагностические признаки.
20. Сурфактантная терапия в неонатологии.
21. Транзиторное тахипноэ: диагностика, лечение, профилактика.
22. Родовая травма скелета: перелом костей черепа, перелом ключицы, перелом бедренной кости. Организация медицинской помощи.
23. Родовая травма волосистой части головы: кефалогематома, субапоневротическое кровоизлияние. Организация медицинской помощи.
24. Родовая травма периферической нервной системы: организация медицинской помощи.
25. Бронхолегочная дисплазия. Критерии диагностики. Организация медицинской помощи при БЛД.
26. Бронхолегочная дисплазия. Стероидная терапия. Прогноз и исходы. Подходы к реабилитации.
27. Особенности системы гемостаза у новорожденных детей.
28. Тромбоцитопении у новорожденных: современные подходы к диагностике.
29. Дифференциальная диагностика нарушений гемостаза у новорожденных по типу кровоточивости.
30. Подходы к лечению геморрагических нарушений у новорожденных.
31. Геморрагическая болезнь новорожденного: клинико-лабораторные критерии диагностики, лечение.
32. Внутрижелудочковые кровоизлияния: диагностика, медицинская профилактика.
33. Анемии у недоношенных новорожденных: диагностика, лечение, медицинская профилактика.
34. Клинико-лабораторная диагностика острого анемического синдрома.
35. Врожденная анемия вследствие кровопотери у плода: диагностика, организация оказания медицинской помощи.
36. Медицинские показания для заместительной гемотрансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови у доношенных и недоношенных новорожденных.
37. Гемолитическая болезнь новорожденных: клинические и лабораторные характеристики.
38. Операция заменного переливания крови. Показания, противопоказания. Подбор донорской крови для ОЗПК.
39. Неонатальные гипербилирубинемии: дифференциальная диагностика.
40. Неонатальные желтухи, обусловленные непрямой гипербилирубинемией: современные подходы диагностики, лечения, медицинской профилактики.
41. Неонатальные желтухи, обусловленные прямой гипербилирубинемией: современные подходы диагностики, лечения.
42. Билирубин-индуцированная неврологическая дисфункция.
43. Фототерапия: виды, режимы, показания, противопоказания, побочное действие.
44. Гипогликемия у новорожденных: диагностика, лечение.
45. Синдром новорожденного от матери, страдающей сахарным диабетом.
46. Понятие об инициативе «Больница доброжелательного отношения к ребенку».
47. Грудное вскармливание: преимущества для ребенка и женщины, принципы поддержки, порядок организации.
48. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде. Условия начала энтерального кормления. Способы кормления. Расчет питания. Понятие трофического питания.
49. Заменители грудного молока: принципы выбора смеси для ребенка.
50. Зондовое кормление. Показания. Техника зондового кормления.
51. Транзиторные состояния неонатального периода.
52. Группы перинатального риска у новорожденных.
53. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной жировой клетчатки у новорожденных детей.
54. Гнойно-воспалительные заболевания пупочной ранки у новорожденных детей.
55. Кандидоз у новорожденных.
56. Понятия о внутриутробном инфицировании и внутриутробных инфекциях. Пути инфицирования, диагностика.
57. Клинико-лабораторные критерии, указывающие на реализацию внутриутробного инфицирования.
58. Цитомегаловирусная инфекция: диагностика, лечение, медицинская профилактика.
59. Врожденная герпетическая инфекция: диагностика, лечение, медицинская профилактика.
60. Врожденный токсоплазмоз у новорожденных: диагностика, лечение, медицинская профилактика.
61. Неонатальная пневмония: диагностика, лечение.
62. Остеомиелиты и артриты у новорожденных детей. Диагностика, лечение.
63. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.
64. Профилактика внутрибольничных инфекций.
65. Менингиты у новорожденных: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
66. Люмбальная пункция: методика проведения. Интерпретация результатов лабораторного исследования спинномозговой жидкости.
67. Синдром срыгивания и рвоты у новорожденных детей.
68. Инфузионная терапия в неонатологии: показания, используемые препараты, клинико-лабораторный мониторинг.
69. Парентеральное питание в неонатологии: показания, выбор препаратов.
70. Лекарственные препараты “off-label” в неонатальной практике.
71. Клиническая интерпретация основных лабораторных данных в периоде новорожденности.
72. Атрезия пищевода. Тактика врача-неонатолога.
73. Кишечная непроходимость. Тактика врача-неонатолога.
74. Врожденные аномалии органов дыхания: тактика врача-неонатолога.
75. Врожденная диафрагмальная грыжа. Стабилизация в родильном зале. Тактика врача-неонатолога.
76. Замедленный рост и недостаточность питания новорожденных.
77. Понятие о морфологической и функциональной зрелости новорожденного: определение, критерии. Шкалы оценки морфологической и функциональной зрелости.
78. Аудиологический скрининг у новорожденных.
79. Судорожный синдром у новорожденных: диагностика, лечение.
80. Искусственная вентиляция легких у новорожденных: показания, режимы.
81. Неинвазивная респираторная поддержка в неонатологии.
82. Синдром утечки воздуха.
83. Медицинская помощь и уход за здоровым новорожденным ребенком.
84. Лечебно-охранительный режим при выхаживании недоношенных новорожденных.
85. Этапность оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным детям.
86. Ретинопатия недоношенных: диагностика, лечение.
87. Медицинская профилактика рахита и поздней анемии у недоношенных новорожденных детей.
88. Катамнестическое наблюдение недоношенных новорожденных детей.
89. Подходы к обезболиванию новорожденных при различных манипуляциях.
90. Апноэ новорожденных.
91. Полицитемия у новорожденного.
92. Некротизирующий энтероколит у новорожденного: организация оказания медицинской помощи.
93. Гипоксические и ишемические поражения головного мозга у новорожденных. Диагностика, лечение.
94. Преренальная почечная недостаточность у новорождённых. Диагностика и лечение.
95. Неонатальный биохимический скрининг наследственных заболеваний новорожденных.
96. Врожденный гипотиреоз. Диагностика, лечение.
97. Адреногенитальный синдром у новорожденных: диагностика, лечение.
98. Галактоземия: диагностика и лечение.
99. Фенилкетонурия: диагностика, лечение.
100. Генодерматозы, проявляющиеся в неонатальном периоде: буллезный эпидермолиз, ихтиоз, синдром Блоха-Сульцбергера.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К КВАЛИФИКАЦИОННОМУ ЭКЗАМЕНУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**«Неонатология»**

**1.** Мальчик родился от 1 беременности в сроке 40 недель, 1 родов. Возраст матери – 28 лет. Наблюдалась по беременности с 8 недель, токсикоз первой половины беременности. У беременной общеравномерно суженный таз ІІ степени. Предполагаемая масса плода 4200 г. Проведено плановое кесарево сечение. Масса при рождении 4100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 30 минут после рождения появилась одышка до 74 дыханий в минуту, втяжение податливых мест грудной клетки, экспираторное «хрюканье». При дыхании воздухом – цианоз. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шум не выслушивается. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги. Меконий отходил. Не мочился.

**Задания:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения пациента.

**2.** Мальчик родился от 4 беременности, 2 родов. Возраст матери – 28 лет. Наблюдение с 9 недель. Женщина страдает ожирением ІІ степени. Акушерско-гинекологический анамнез: 1 беременность – кесарево сечение в 40 недель; 2 и 3 – выкидыши. Во время беременности табакокурение (10–12 сигарет в день), патологическая прибавка массы 20 кг. Роды – кесарево в 39 недель. Масса при рождении 1980 г, длина 49 см. Апгар 8/8. С 1-х суток отмечается гипервозбудимость, резко выраженная гиперемия кожи. В клиническом анализе крови Hb – 270 г/л, Ht венозной крови – 0,72. Через 6 ч после рождения уровень гликемии 1,7 ммоль/л.

**Задания:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы способствовали развитию заболевания?
3. Укажите тактику ведения пациента с гликемией 1,7 ммоль/л.

**3.** Девочка родилась от 1 беременности, 1 родов. Возраст матери – 24 года. Наблюдалась с 9 недель; течение беременности без особенностей. Группа крови и Rh матери O(I) Rh положительный; группа крови и Rh отца AB(IV) Rh положительный. Ребенок родился в 39 недель, роды через естественные роды. Масса при рождении 3300 г, длина тела 50 см. Оценка по Апгар 8/9. Группа крови и Rh ребенка B(III) Rh положительный. Общий билирубин пуповинной крови 52 мкмоль/л, Hb 179 г/л. Через 6 часов общий билирубин 102 мкмоль/л.

**Задания:**

* 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
  2. Тактика ведения новорожденного.
  3. Какова тактика вскармливания ребенка с изоиммунизацией по АВО?

**4.** Беременная 27 лет с ВИЧ-инфекция наблюдалась совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со [СПИД](file:///\\спид) и в женской консультации по месту жительства, получала антиретровирусную терапию. Роды – 1 срочные, оперативные, безводный промежуток – 5 часов, околоплодные воды светлые. При рождении: оценка по Апгар – 8/8 баллов, масса тела – 3740 г, рост – 50 см, окружность головы – 36 см, окружность груди – 35 см. Состояние с рождения оценено как удовлетворительное.

**Задания:**

* 1. Нуждается ли ребенок в проведении антиретровирусной терапии?
  2. Если нуждается, какая комбинация препаратов применяется?
  3. Как в данном случае назначается грудное вскармливание?

**5.** Беременная женщина 26 лет, беременность 4, роды 1, срок беременности 34 недели 4 дня, предыдущие беременности закончились самопроизвольным прерыванием беременности на разных сроках. По поводу данной беременности наблюдается с 8 недели, вредных привычек нет, страдает хроническим пиелонефритом, тонзиллитом. Беременность протекала с угрозой прерывания, с 30 недели беременности – преэклампсия средней тяжести, получала плановую гипотензивную терапию, магнезиальную терапию. Несмотря на проводимое лечение, артериальная гипертензия плохо управляемая, в течение последних 5 дней появились выраженные отеки, АД сохраняется на уровне 160/110 мм рт.ст., белок – 2 г/л. По результатам проведенного КТГ-мониторинга: показатель состояния плода 1,77 (начальные нарушения состояния плода). Допплеровское исследование – патологии не выявлено. Родовой деятельности нет. Принято решение о родоразрешении путем кесарева сечения. Околоплодные воды – светлые. Оценка по Апгар 8/8 баллов, масса – 2000 г, рост – 44 см. Состояние с момента рождения расценивалось как удовлетворительное. В течение часа после рождения отмечается ухудшение состояния: одышка с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД – 65 в мин., Sat O₂ 90%.

**Задания:**

* 1. Предварительный диагноз?
  2. Предполагаемый план обследования.
  3. Какой метод респираторной поддержки оптимален в данной клинической ситуации?

**6.** Беременность 5, роды 1 в сроке 27 недель 3 дня. На учете по беременности с 8 недель. Предыдущие беременности: 2 медицинских аборта на ранних сроках, 1 самопроизвольный выкидыш, 1 замершая беременность в сроке 15 недель. Роды: I период – 5 часов 15 мин., II период – 5 мин. Безводный промежуток 15 часов, околоплодные воды светлые. Профилактика РДС: 1 инъекция дексаметазона. Крик после тактильной стимуляции, короткий, тихий. Sat O₂ – 60% в конце первой минуты, 70% – в конце 3 минуты, 80% – в конце 5 минуты. Проводится ИВЛ маской FiO₂ 30%. К 10 минуте жизни SatO₂ – 94%, ЧСС >100 уд/мин., аускультативно дыхание проводится неравномерно, выслушиваются крепитирующие хрипы в базальных отделах, дыхание нерегулярное, отмечается незначительное втяжение межреберий, без кислородной поддержки отмечается цианоз. На 20 минуте выполнена интубация трахеи, введение сурфактанта в дозе 200 мг/кг, начата респираторная поддержка в режиме CPAP.

**Задания:**

* 1. Предполагаемый диагноз.
  2. При проведении респираторной поддержки в режиме CPAP необходимо контролировать газовый состав крови. Какие пределы необходимо использовать как ориентир?
  3. Предполагаемый план обследования.

**7.** Доношенный мальчик от 2 беременности, 1 срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая; на учете с 8 недель, наблюдалась регулярно. Во время беременности выявлено нарушение толерантности к глюкозе, проведена коррекция диеты. С 34 недели – гипертензия беременных, анемия легкой степени. При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9 баллов, крик громкий. Масса – 3980 г, рост – 54 см, к груди приложен в родзале. Через 36 часов после рождения: масса – 3780 г, сосет вяло, появился мелкоразмашистый тремор конечностей, отмечено появление апноэ с появлением цианоза. При осмотре: при беспокойстве выражен мелкоразмашистый тремор конечностей и подбородке. Кожа ярко-розовая, на лице и груди – иктеричная, симптом «белого пятна» – 1 сек, тоны сердца приглушены, ЧСС – 146 уд/мин, ЧД – 58 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика вялая, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул – меконий, мочится достаточно. Лабораторные данные : ОАК – Hb – 246 г/л, Ht – 0,7, RBC – 5,5×10¹²/, WBC 22×10⁹/л, п/я 12%, с/я 40%, лимфоциты – 40%, моноциты – 8%; глюкоза 2,5 ммоль/л, общий билирубин – 200 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Требуется ли проведение лечения?
3. Возможные осложнения данного состояния.

**8.** Доношенный мальчик от 2 беременности, 1 срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 недель, наблюдалась регулярно. С 34 недели – гипертензия беременных, анемия легкой степени. При рождениисостояние удовлетворительное, Апгар 8/9 баллов, крик громкий. Масса – 3280 г, рост – 54 см, к груди приложен в родзале. Через 36 часов после рождения после кормления срыгнул с кровью. При осмотре: при беспокойстве выражен мелкоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, симптом «белого пятна» 2–3 сек, тоны сердца приглушены, ЧСС – 146 уд/мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика вялая, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул – меконий, мочится достаточно. Лабораторные данные: ОАК – Hb – 190 г/л, Ht – 0,55, RBC – 3,5×10¹²/л, WBC – 22×10⁹/л, п/я – 12%, с/я – 40%, лимфоциты – 40%, моноциты – 8%, тромбоциты – 250×10⁹/л, глюкоза 2,7 ммоль/л, билирубин 200 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие обследования для необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Тактика ведения новорожденного.

**9.** Доношенный мальчик от 2 беременности, 1 срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 недель, наблюдалась регулярно. При рождении состояние удовлетворительное, Апгар 8/9 баллов, громкий крик. Масса – 3780 г, рост – 54 см, к груди приложен в родзале. Возраст 7 суток: сосет хорошо, восстановил вес при рождении. При осмотре: крик эмоциональный, при бе беспокойстве выражен, мелкоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, симптом «белого пятна» 2 сек, тоны сердца звучные, ЧСС – 136 уд/мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот умеренно вздут, перистальтика выслушивается доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Пупочная ранка: мягкие ткани вокруг ранки отечные, слабо гиперемированные, из ранки постоянно в умеренном количестве сукровичное отделяемое. Пальпируется тяж над пупочной ранкой, при пальпации рна дне ранки появляется белесоватое отделяемое. Стул переходный, мочится достаточно. Лабораторные данные: ОАК – Hb – 190 г/л, Ht – 0,55, RBC – 3,5×10¹²/л, WBC – 22×10⁹/л; п/я – 40, с/я – 40, лимфоциты – 40, моноциты – 8, тромбоциты – 250×109/л, глюкоза крови – 2,7 мкмоль/л. Общий билирубин – 200 мкмоль/л.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Требуется ли проведение лечения? Если да, то какое?
3. С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

**10.** Доношенный мальчик от 2 беременности, 1 срочных родов. Акушерский анамнез: 1 беременность – медицинский аборт, 2-я – настоящая, на учете с 8 недель, наблюдалась регулярно. Анемия легкой степени, кольпит, обострение хронического пиелонефрита. При рождении состояние удовлетворительное, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Крик громкий. Масса тела – 3780 г, рост – 54 см, к груди приложен в родзале. С рождения на теле обширные эрозии, образовавшиеся на ножках, ягодицах, спинке, груди вследствие отслойки больших пластов эпидермиса. Симптом Никольского положительный. Возраст 7 суток: сосет очень вяло, весовая кривая убывающая, максимальная убыль массы тела 10%. При осмотре: крик громкий, при беспокойстве выражен, мелкоразмашистый тремор конечностей и подбородка. Кожа бледно-розовая, симптом «белого пятна» 2 сек, тоны сердца звучные, ЧСС – 136 уд/мин, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, ЧД – 44 в мин, живот вздут, перистальтика выслушивается, доступен глубокой пальпации, печень +1,5 см, селезенка не увеличены. Пупочная ранка не изменена. На непораженных участках кожа обычной влажности, розовая. Стул – переходный, мочится достаточно. Лабораторные данные: ОАК – Hb – 170 г/л, Ht – 0,52, RBC – 3,5×10¹²/л, WBC – 22×10⁹/л; п/я – 8, с/я – 40, лимфоциты – 40, моноциты – 8, тромбоциты – 90×109/л.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. С какими заболеваниями, состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Тактика ведения новорожденного.

**11.** Доношенный мальчик от 3 беременности, 2 срочных родов. В анамнезе: 1 медицинский аборт, 1 роды. На учете по беременности с 6 недель. Беременность протекала на фоне преэклампсии легкой степени. В 22 недели выявлено снижение толерантности к глюкозе, проводилась коррекция диеты, на этом фоне уровень глюкозы крови матери 5,6-6,4 мкмоль/л. Роды в 39 недель, I период 8 ч 15 мин, II период – 20 мин, безводный промежуток – 10 час 20 мин, околоплодные воды – светлые. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов, крик средней силы. Масса –4500 г, рост – 54 см, окружность головы – 36 см, окружность груди – 39 см. Обращает на себя дисгармоничное строение: относительно короткие конечности, перераспределение подкожной жировой клетчатки (истончение на конечностях, накопление на животе). Через 30 мин после рождения уровень глюкозы – 2,4 ммоль/л, назначен перорально 10% раствор глюкозы, через час после рождения – 1,5 ммоль/л, ребенок бледный, вялый, выражен тремор конечностей, дыхание неритмичное, ЧД – 48 в мин, ЧСС –156 уд/мин.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

**12.** Доношенный новорожденный от 1 беременности, протекающей на фоне преэклампсии средней степени, артериальной гипертензии, инфекции мочевыводящих путей, бактериального вагиноза. Роды 1 в сроке гестации 42 недели через естественные родовые пути в заднем виде затылочного предлежания, слабость потуг, вакуум-экстракция плода. 1 период 10 ч 15 мин, II период – 25 мин, безводный промежуток 6 ч 35 мин, околоплодные воды светлые. Вес при рождении 4100 г, рост – 55 см. При рождении атония, арефлексия, дыхательные движения отсутствуют, ЧСС – 60 уд/мин, цианоз, реакции на тактильную стимуляцию нет, начата ИВЛ через лицевую маску в течение 30 сек. На этом фоне самостоятельное дыхание отсутствует, ЧСС – 80 уд/мин. В конце 1 мин дыхание отсутствует, ЧСС 80 уд/мин, атония, арефлексия. Продолжена ИВЛ через маску. В конце 2 мин на фоне проводимых мероприятий ЧСС – 130 уд/мин, дыхание типа «гаспинг», поза полуфлексии, на манипуляции не реагирует, рефлекс с задней стенки глотки есть, реакция зрачков на свет есть, кожные покровыа бледно-розовые, акроцианоз.

**Задания:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем первичных реанимационных мероприятий.
3. Определите тактику дальнейшего ведения.

**13.** Новорожденный от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности на сроке 12-13, 17-18, 23-24, 27-28 недель, ОРВИ с повышением температуры до 380С в сроке гестации 35-36 недель, хронической никотиновой интоксикацией. Роды 1 в сроке гестации 39 недель, I период 18 часов, первичная слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от родостимуляции, начавшаяся гипоксия плода, экстренное кесарево сечение. Безводный промежуток 16 часов 10 мин, околоплодные воды мекониальные. При рождении крика нет, руки и ноги «свисают», дыхательные движения отсутствует, ЧСС 80 уд/мин. Кожа и пуповина прокрашены меконием.

**Задания:**

1. Определите объем первичных реанимационных мероприятий.
2. Предполагаемый диагноз.
3. Назовите возможные осложнения.

**14.** Новорожденный мальчик от 1 беременности, протекающей на фоне преэклампсии легкой степени, хронического пиелонефрита вне обострения, ОРВИ на сроке гестации 18-20 недель; родился через естественные родовые пути на сроке гестации 38–39 недель. I период 10 ч 35 мин, II период – 10 мин, безводный промежуток 10 часов 25 мин. Околоплодные воды светлые. Закричал сразу. Крик громкий, мышечный тонус удовлетворительный, ЧСС – 148 уд/мин, окраска кожных покровов розовая, акроцианоз

**Задания:**

1. Какие мероприятия необходимо провести в данной ситуации в родильном зале сразу после рождения?
2. Определите группы перинатального риска.
3. Ваш диагноз. Определите план ведения данного новорожденного, после проведения антропометрии: вес –3800 г, рост – 54 см.

**15.** Новорожденный мальчик от матери с отягощенным соматическим анамнезом (хронический гастрит, хронический тонзиллит), от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 21-22 неделе, лейкоцитурия, бактериурия в 35 недель, кандидозный кольпит, от 2 срочных родов в сроке гестации 37 недель через естественные родовые пути. I период 6 часов 25 мин, II период – 20 мин, слабость потуг, начавшаяся гипоксия плода, вакуум-экстракция плода. Безводный промежуток 4 часа, воды светлые. При рождении крик средней силы, мышечный тонус снижен, дыхание регулярное, ЧСС – 110 уд/мин. Через 30 мин нарастает дыхательная недостаточность. Ребенок нуждается в дополнительной оксигенации, быстро охлаждается. При осмотре: спонтанная двигательная активность снижена, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены; кожные покровы бледно-розовые с мраморным рисунком: дыхание самостоятельное с выраженным втяжением межреберий, западением нижней трети грудины и мечевидного отростка, стонет, ЧД до 70 в минуту. При аускультации легких дыхание проводится во все отделы, равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются множественные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны приглушены, ЧСС до 170 уд/мин, патологические шумы не выслушиваются. Живот доступен глубокой пальпации, нижний край печени выступает на 1 см из-род края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускания и самостоятельного стула не было.

**Задания:**

1. Оцените ребенка по шкале Сильверман.
2. Предполагаемый диагноз.
3. План обследования.

**16.** Новорожденная девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне преэклампсии легкой степени, хронической внутриутробной гипоксии плода, миопии высокой степени, родилась путем операции планового кесарева сечения в сроке гестации 39–40 недель с весом 2950 г, ростом 49 см, околоплодные воды светлые. Закричала сразу, крик громкий, мышечный тонус удовлетворительный, дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 148 уд/мин, оценка по шкале Апгар на 1 мин 8 баллов. На второй минуте жизни – апноэ, разлитой цианоз, брадикардия. Проводится ИВЛ мешком Амбу через лицевую маску 30 сек с положительным эффектом (ребенок розовый, кричит, дыхание проводится равномерно, хрипов нет, реакция на осмотр и манипуляции активная, адекватная, тоны сердца удовлетворительной звучности, ритмичные, ЧСС 135 уд/мин). ИВЛ прекращена. Повторный эпизод апноэ.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз. Обоснуйте ответ
2. Какие действия необходимо предпринять для обеспечения адекватного дыхания?
3. Какие действия необходимо предпринять для подтверждения предполагаемого диагноза?

**17.** Доношенная девочка весом 3180 г, ростом 52 см. От 4 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания в 12-13, 20-21, 28-29 недель, бактериурии, ОРВИ на сроке гестации 18 недель с температурой до 380С. Роды 2 в сроке 40–41 неделя, без особенностей. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С рождения состояние удовлетворительное, приложена к груди в родильном зале, находится совместно с материю. На 2 сутки жизни при осмотре состояние выраженная термолабильность, кожные покровы желтушно-серые с выраженным акроцианозом, отмечается мраморность. Реакция на осмотр вялая, быстро угасает, большой родничок не выбухает, периодически срыгивает, ЧД 55–60 в мин, подстанывает. В легких дыхание ослаблено, проводится во все отделы. Сатурация 92%. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 168 уд/мин, шумы не выслушиваются. Живот подвздут, мягкий, печень +3 см. Пуповинный остаток в скобе, отмечается гиперемия кожного валика вокруг и по ходу пупочной вены. В клиническом анализе крови: Hb – 112 г/л, RBC – 5,3×10¹²/л, WBC – 4,2×10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, миелоциты – 4%, лимфоциты – 26%, эозинофилы – 0%, моноциты – 10%, тромбоциты – 80×10⁹/л. В биохимическом анализе крови: общий белок – 41 г/л, альбумин – 30 г/л, креатинин – 70 ммоль/л, мочевина – 6,8 ммоль/л, СРБ – 60 мг/л, глюкоза – 12,3 ммоль/л, ГГТ– 150 Е/л, ЩФ – 120 Е/л, билирубин общий – 78 мкмоль/л, прямой – 9 мкмоль/л, АСТ – 42 Е/л, АЛТ – 37 Е/л, Na – 134 ммоль/л, K – 6,6 ммоль/л, прокальцитонин – 34 нг/мл. Гистология последа – гнойный хориоамнионит, фуникулит, интервиллузит, флебит пупочной вены.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Критерии диагноза.
3. План обследования и лечения.

**18.** Доношенный мальчик от 1 беременности, 1 родов через естественные родовые пути в заднем виде затылочного предлежания, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. При рождении крик средней силы, мышечный тонус снижен, дыхание регулярное, в легких проводится равномерно. ЧСС 138 уд/мин. Кожные покровы сухие, лоснящиеся, беловато-серого цвета. На теле глубокие красноватые трещины. Веки глаз вывернуты, ушные раковины деформированы, рот зияет, кисти рук и стопы ног деформированы.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

**19.** Беременность 1, соматический анамнез не отягощен, находилась на учете в женской консультации с 10 недель. Во время беременности отмечалась анемия легкой степени, токсикоз 1 половины беременности, бактериальный вагиноз в сроке гестации 13-14 недель. УЗИ не проведено (отказ женщины от обследования). Роды 1 срочные, через естественные родовые пути в переднем виде головного предлежания. I период 11 часов 35 мин, II период – 10 мин, безводный промежуток 8 часов 10 мин. Околоплодные воды светлые, 1,5 л. Родился мальчик 2850 г, рост – 48 см. Крик после тактильной стимуляции, средней силы, короткий, стонущий. Мышечный тонус снижен, кожные покровы цианотичны, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, аускультативно дыхательные шумы слева не выслушиваются, справа дыхание ослаблено. Тоны сердца выслушиваются по правому краю грудины. Пульс на периферических артериях слабого наполнения, ЧСС 170 уд/мин. Живот запавший.

**Задания:**

1. Предполагаемый диагноз.
2. Объем первичных мероприятий.
3. Обследования для подтверждения диагноза.

**20.** Мальчик 1 месяц. Родился от 3 беременности, протекавшей на фоне предлежания плаценты. Роды в 27 недель, преждевременные, оперативные, ягодичное предлежание, предлежание плаценты, кровотечение. Масса ребенка – 890 г, длина – 31 см, окружность головы – 24 см, окружность груди – 20 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. С момента рождения состояние ребенка тяжелое, выражена дыхательная недостаточность: постоянный цианоз, периодически апноэ. Дыхание в легких ослабленное, крепитирующие и периодически сухие свистящие хрипы. ЧД 58 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией ЧСС 160 уд/мин. Диагностирован респираторный дистресс-синдром, введён Куросурф, проводится ИВЛ. Объективно: масса тела 1300 г. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Грудная клетка вздута, сохраняются признаки дыхательной недостаточности. В легких при аускультации дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие и единичные свистящие хрипы. ЧД 52 в мин. Тоны сердца приглушены, ЧСС 154 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см. Мочится самостоятельно, моча светлая. Рентгенограмма органов грудной клетки: признаки паренхиматозного поражения легких (лентообразные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления).

**Задания:**

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. План лечения.

**21.** Ребенок А. от III беременности, протекающей на фоне хронического пиелонефрита с обострением в 29 недель, сальпингоофорита, угрозы прерывания, ОРВИ с фебрильной лихорадкой за неделю до родов; I срочные роды в 39 недель. Безводный период 16 часов. Околоплодные воды светлые. Масса тела ребенка при рождении 3750 г, рост 55 см, окружность головы 35 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. На 3 сутки после рождения переведен в отделение реанимации. Объективно: состояние тяжелое, поза полуфлексорная, мышечная гипотония, гипорефлексия. Родничок 1×1 см, не напряжен. Кожа иктеричная, по шкале Крамера III степени. Дыхание проводится по всем легочным полям. Аускультативно в нижней доле правого легкого ослаблено, выслушиваются крепитация и мелкопузырчатые хрипы. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, оценка по шкале Даунаса 5 баллов, ЧД 74 в мин. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 158 уд/мин, АД 70/45 мм рт. ст., SpO₂ 90%. Живот вздут, печень +2,5 см. Стул меконий. Диурез 3 мл/кг/час. В ОАК: Hb – 190 г/л, RBC– 5,6×10¹²/л, WBC – 23×10⁹/л, п/я – 12%, с/я – 62%, лимфоциты – 16%, эозинофилы – 2%, моноциты – 8%, тромбоциты – 160×10⁹/л. Рентгенологические данные: на фоне усиления бронхо-сосудистого рисунка выявляются сливные инфильтративные тени в нижней доле правого легкого.

**Задания:**

1. Ваш диагноз.
2. План лабораторно-инструментальных методов исследований.
3. Ваши лечебные мероприятия.

**22.** Беременная женщина поступилас обильными кровянистыми выделениями из половых путей. Срок гестации 38 недель. Произведена экстренная операция кесарева сечения, извлечена девочка массой тела 2950 г, ростом 49 см. Объективно: выражена тотальная бледность, поза распластанная, попыток самостоятельного дыхания нет, единичные сердцебиения. После комплекса реанимационных мероприятий, на ИВЛ с ЧСС 110 уд/мин ребенок доставлен в анестезиолого-реанимационное отделение. В общем анализе крови: Hb – 67 г/л, RBC – 1,1×10¹²/л, тромбоциты – 120×10⁹/л, WBC – 24,4×10⁹/л (э – 5%, п – 5%, с – 68%, л – 20%, м – 2%). В КОС, взятом из вены пуповины в родильном зале: pH – 7,015; pCO₂ – 78 мм рт.ст.; pO₂ – 13 мм рт.ст.; BE – 23 ммоль/л; лактат – 12 ммоль/л.

**Задания;**

1. Какова оценка по шкале Апгар?
2. Коков предварительный диагноз заболевания?
3. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?

**23**. Доношенная девочка от 2 беременности, 2 срочных родов. Родилась с массой тела 3850 г, ростом – 56 см, окружность головы – 35 см. Выписана из родильного дома на 3 сутки жизни. Физиологическая желтуха началась в конце 2 суток и сохранилась к концу 1 недели жизни. Ребенок на исключительно грудном вскармливании, набор массы за первый месяц жизни составил 1050 г, за первые две недели второго месяца – 600 г. Уровень общего билирубина в 1,5 месяца составил 260 мкмоль/л, прямая фракция 7%, AST – 16 ЕД/л, ALT – 32 ЕД/л. Нервно-психическое развитие девочки по возрасту, мать жалоб не предъявляет. Молока у матери в избытке, при сцеживании на поверхности желтая «пленка». Известно, что у старшего ребенка желтуха сохранялась до 3 месяцев, а женщины по материнской линии отличались хорошей лактацией.

**Задания:**

1. Каков предположительный диагноз? Обоснуйте?
2. Каков генез заболевания?
3. Каковы Ваши рекомендации?

**24.** Новорожденная девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне преэклампсии, 1 срочных родов через естественные родовые пути. Масса тела 3300 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На 3 сутки на коже туловища, верхних и нижних конечностях, в области волосистой части головы и крупных складок кожи появились полостные образования размером с просяное зерно или горошину, наполненную серозно-гнойной жидкостью. Вокруг образований гиперемированный венчик. Температура тела 36,6°C. Ребенок активный, сосет хорошо. Клинический анализ крови: Hb – 180 г/л, RBC – 5,5×10¹²/л, тромбоциты – 270×10⁹/л, WBC – 7,2×10⁹/л (э – 5%, п – 1%, с – 46%, л – 45%, м – 3%).

**Задания:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение.

**25.** Ребенок А., девочка от II беременности, II срочных родов в сроке 39 недель. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности. Масса тела при рождении 3420 г, рост – 49 см, окружность головы – 35 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. У девочки с первых суток жизни периодически отмечалась рвота желудочным содержимым с зеленоватым оттенком, что расценивалось как результат заглатывания околоплодных вод в родах. Также периодически отмечалось вздутие в эпигастральной области. При осмотре на 2 сутки жизни состояние тяжелое. Температура 36,70С. Большой родничок запавший; язык суховат; живот несколько увеличен за счет выпячивания в эпигастральной области, мягкий, безболезненный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости два широких горизонтальных уровня жидкости слева и справа от позвоночника, пневматизация петель кишечника отсутствует.

**Задания:**

1. Ваш диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния?
3. Ваша лечебная тактика.

**26.** У ребенка в возрасте 4 недель появилась частая рвота фонтаном после каждого кормления. Количество рвотных масс превышает количество съеденного молока, в рвотных массах нет примеси желчи, рвота имеет застойный кислый запах. Выражен запор, число мочеиспусканий уменьшилось до 6 в сутки. При осмотре кожа сухая, морщинистая. Живот вздут в эпигастрии, видна перистальтика (желудок в виде «песочных часов»). При пальпации справа от средней линии в эпигастрии нечетко пальпируется эластическое безболезненное образование уплотнение. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости виден перерастянутый желудок с горизонтальным уровнем жидкости. В мочи снижены содержание натрия и хлора.

**Задания:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования.
3. Ваша лечебная тактика.

**27.** Ребенок родился от I беременности, I срочных родов в сроке гестации 38 недель. В 29 недель женщина перенесла острый бронхит с подъемом температуры до 380С. Угроза прерывания беременности в 31-32 недели гестации. Роды осложнились вторичной слабостью родовых сил, 2-х кратным обвитием пуповины вокруг шеи. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Масса тела при рождении 4250 г, длина – 46 см, окружность головы – 35 см. Состояние ребенка на момент рождения средней степени тяжести. Крик средней силы. Кожа чистая, ярко розовая. Мышечный тонус и рефлексы периода новорожденности снижены. Большой родничок 1,5×1,5 см, не напряжен, саггитальный шов открыт до 2 мм. Дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. ЧД 54 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Границы относительной сердечной тупости не расширены. ЧСС 150 уд/мин, АД 68/43 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. На 7 сутки жизни состояние удовлетворительное. По органам и системам без патологии. ЧД 46 в минуту, ЧСС 150 уд/мин. Пупочная ранка чистая, сухая.

**Задания:**

1. Выставить группу риска на момент рождения.
2. Составить план обследования на Ваш выбор любой группы риска.
3. Выставить группу риска на момент выписки.

**28.** Новорожденная девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне кольпита, анемии, гестационного сахарного диабета класса А0, 1 родов в 39 недель через естественные родовые пути. Масса тела 3300 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На 3 сутки жизни отмечается истеричность кожи I степени. На коже лица, груди, живота отмечаются красные пятна разного размера с маленькими образованиями в коже, похожими на просяное зерно, белого цвета. Температура тела36,60С. Ребенок активный, сосет хорошо. Клинический анализ крови: Hb – 180 г/л, RBC – 5,5×10¹²/л, тромбоциты – 270×10⁹/л, WBC – 7,2×10⁹/л, э – 5%, п –1%, с – 46%, л – 45%, м –3%.

**Задания:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Определите группу перинатального риска при рождении.
3. Дайте рекомендации понаблюдению за новорожденным на амбулаторном этапе.

**29.** Мальчик от I беременности, I срочных родов в 39 недель гестации. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 1 и 2 половинах беременности со стационарным лечением. Проводилось лечение ЗВУР. Роды осложнились тугим обвитием пуповины во круг шеи. Длительность безводного периода 16 часов. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Масса тела при рождении 2600 г, длина – 50 см, окружность головы – 35 см. Состояние средней тяжести, крик громкий, большой родничок 1×1 см не напряжен, мышечный тонус и рефлексы периода новорожденности умеренно снижены. Очаговой неврологической симптоматики не отмечается. Кожа эритематозная с первородной смазкой. Ушные раковины – отсутствует противозавиток, диаметр ореола соска более 5 мм, яички на входе в мошонку, стопы исчерчены только в дистальном отделе. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 48 в минуту. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 150 уд/мин, АД 70/45 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стула во время осмотра не было, мочился.

**Задания:**

1. Выставить диагноз.
2. Оценить степень зрелости и физическое развитие.
3. Составить план обследования.

**30.** Мальчик от I беременности, I срочных родов в 39 недель гестации. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, гестационного пиелонефрита. Длительность безводного периода 8 часов. Масса тела при рождении 3700 г, длина – 55 см, окружность головы – 33 см. Состояние удовлетворительное, крик громкий, большой родничок 1×1 см не напряжен. Мышечный тонус и рефлексы периода новорожденности удовлетворительные. Очаговой неврологической симптоматики не отмечается. Кожа розовая, акроцианоз. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 50 в минуту. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС 140 уд/мин, АД 75/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стула во время осмотра не было, мочился.

**Задания:**

1. Выставить диагноз.
2. Оценить степень зрелости и физическое развитие.
3. Составить план обследования.

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель директора по научной  работе, к.м.н. доцент | И.В.Курлович |
| И.о. заведующего лабораторией клинической неонатологии, реабилитации новорожденных и детей первого года жизни, к.м.н. доцент | А.В.Симченко |
| Научный сотрудник лаборатории клинической неонатологии, реабилитации новорожденных и детей первого года жизни | С.А.Берестень |