

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра детских болезней №1

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
(ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

**по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология
(Неонатология)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы
специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 30.03.2022 г.

Владикавказ, 2022

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы
студентов 5 курса (9,10 семестры) педиатрического факультета
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология (Неонатология)

Составители:

Зав.каф. дет бол №1, проф.



Т.Т.Бораяева



Ф.В.Базрова

Ассистент каф.

Рецензенты:

Зам глав. врача по КЭР ГБУЗ РДКБ МЗ РСО-Алания И.А. Газданова

Зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава РФ

д.м.н., профессор Касохов Т.Б.

Задания для самостоятельной работы студентов 5 курса педиатрического факультета по циклу «Неонатология»

Тема №1 «Введение в неонатологию. Организация медицинской помощи новорожденным».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение понятия неонатология.
2. Периоды антенатального, интранатального и постнатального развития.
3. Пограничные состояния периода адаптации.
4. Первичный туалет новорожденных.
5. Принципы выхаживания новорожденных.

II. Целевые задачи:

научиться основам организации медицинской помощи новорожденным в родильном доме, на II этапе лечения и на педиатрическом участке. Разобрать специальную терминологию понятий периода адаптации и пограничных с нормой состояний. Научиться своевременно распознавать нарушения гомеостаза и адекватно их корректировать.

<u>Студент должен знать:</u> 1. Анатомо-физиологические особенности доношенного и недоношенного ребенка. 2. Комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах. 3. Мероприятия по профилактике омфалитов и гнойно-воспалительных заболеваний кожных покровов у новорожденных. 4. Особенности первичного и последующих туалетов новорожденных детей. 5. Методику осмотра новорожденного в родильном блоке, в отделении новорожденных, на педиатрическом участке. 6. Особенности адаптационного периода у доношенных и недоношенных новорожденных. 7. Пограничные (транзиторные) состояния по всем органам и системам. 8. Вопросы вскармливания здоровых и больных новорожденных. 9. Правила преемственности в работе между персоналом родильного блока и персоналом отделения новорожденных родильного дома. 10. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных. 11. Организационные задачи совершенствования неонатологической и перинатальной службы.	<u>Литература:</u> Основная 1. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник т.1,2-СПб,2007. 2. Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4. Лекционный материал. 5. Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Введение в неонатологию».
<u>Студент должен уметь:</u> 1. Собрать подробный анамнез, выделяя факторы риска, уделяя особое внимание состоянию здоровья матери, условиям ее работы, профессиональным вредностям, вредным привычкам. 2. Выяснить навыки матери по уходу за ее новорожденным; ее санитарно-гигиенический уровень. 3. Проводить первичный туалет новорожденного в родильном блоке. 4. Проводить ежедневный туалет кожи, слизистых, пуповинного остатка и/или пупочной ранки. 5. Проводить клинический осмотр новорожденного по органам и системам. 6. Оценивать правильно состояние	Дополнительная Литература 1. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993 2. Савельева Г. М. Акушерство. Учебник. - М., 2000 3. Основы перинатологии под ред. Н.П.Шабалова и Ю.В. Цвелева – М., 2002. 4. Н. Р К. Робертон, Практическое руководство по неонатологии. – М., 1998 5. Современная терапия в неонатологии, под ред. Н. П. Шабалова – М., 2000 6. Перинатальная психология. В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск, 2004 г.

новорожденного с учетом имеющихся у него транзиторных состояний. 7. Составить план обследования с учетом имеющихся у него отклонений в состоянии здоровья. 8. Назначить новорожденному вскармливание и комплекс лечебно-профилактических мероприятий в раннем постнатальном периоде. 9. Рассчитывать различные статистические показатели пери- и неонатального периодов. 10. Дать рекомендации для дальнейшего наблюдения за новорожденным в поликлинике. 11. Уметь оформить историю развития новорожденного, написать эпикриз.	7. Основы перинатологии, под ред. Н. П. Шабалова и Ю. В. Цвелева – М., 2002г. 8. В. В. Абрамченко, Н. П. Шабалов «Клиническая перинатология» - Петрозаводск, 2004 9. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии, - М., 1999
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определение следующим терминам:

- неонатология –

- доношенный новорожденный –

- недоношенный новорожденный –

- переносимый новорожденный –

- живорождение –

- жизнеспособность –

- адаптация –

- зрелость –

2. Составьте схему ante-, intra – и неонатального периодов с указанием временных отрезков.

3. Заполните таблицу АФО доношенного и недоношенного ребенка с указанием пограничных состояний по всем органам и системам

Система	Доношенные		Недоношенные	
	АФО	Пограничные состояния	АФО	Пограничные состояния
Органы дыхания				

7. Рассчитайте раннюю неонатальную смертность, если число детей, родившихся живыми – 3500, а число детей умерших в первую неделю жизни 23

8. На какие врожденные заболевания проводится скрининг у новорожденных детей?

9. Заполните таблицу показаний и противопоказаний к вакцинации в родильном доме?

Вакцинация	Показания и сроки	Противопоказания
БЦЖ		
Гепатит В		

10. При сохранении признаков переходных состояний более _____ дней, следует расценивать их как патологические и принимать меры для дополнительного обследования ребенка.
11. Дайте рекомендации матери при выписке новорожденного по вскармливанию и уходу за доношенным ребенком (m – 3750), на смешанном вскармливании.

12. Составьте ситуационную задачу для новорожденного ребенка с мочекишечным диатезом по предлагаемому образцу:

Задача №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 и 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 3000г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, желтоватые 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 непереваarenными комочками, прожилками слизи.

Общий анализ крови: НЬ—186 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,94, Лейк- $6,4 \times 10^9$ /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, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочево́й кислоты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й - 51 мкмоль/л, прямо́й - нет, мочеви́на - 4,2 ммоль/л, холесте́рин - 3,6 ммоль/л, кали́й - 5,1 ммоль /л, натри́й - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфо́р - 1,9 ммоль/л.

Задание

- Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
- За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?

- [illegible]

13 Выпишите рецепты препаратов, используемых для туалета новорожденного.

Тестовый контроль:

1. Метаболическая адаптация новорожденных проявляется

- 1) в катаболической направленности белкового обмена
- 2) в гипогликемии, метаболическом ацидозе
- 3) в катаболической направленности белкового обмена метаболическом ацидозе, гипогликемии

2. После рождения температура тела ребенка

- 1) снижается
- 2) повышается
- 3) нормальная

3. Физиологическая потеря массы составляет

- 1) 5-8%
- 2) 10-12%
- 3) >12%

4. Причины физиологической желтухи

- 1) гемолиз
- 2) сниженная активность глюкуронилтрансферазы
- 3) сниженная активность глюкуронилтрансферазы и гипоальбуминемия
- 4) сниженная активность глюкуронилтрансферазы, гипоальбуминемия, гемолиз

5. Половой криз у новорожденных наблюдается

- 1) у девочек
- 2) у мальчиков
- 3) у девочек и мальчиков

6. К транзиторным особенностям функции почек у новорожденных относятся

- 1) мочеислый инфаркт
- 2) протеинурия и лейкоцитурия
- 3) олигурия и мочеислый инфаркт
- 4) олигурия, протеинурия и мочеислый инфаркт

7. Раздел педиатрии, изучающий вопросы физиологии и патологии периода новорожденности, называется _____

8. Период с 28-ой недели гестации до окончания раннего неонатального периода называется _____

9. Морфологическая и функциональная готовность органов и систем организма новорожденного ребенка к обеспечению внеутробного существования называется _____

10. Реактивная краснота кожи, возникающая после удаления первородной смазки, первой ванны, называется _____

11 Новорожденные

- 1) доношенные
- 2) недоношенные
- 3) переносные

Срок гестации

- а) с 22-й недели по 259-й день
- б) 259-294-й день
- в) >294-го дня
- г) с 28-й недели по 259-й день
- д) после 259-го дня
- е) с 270-го по 290-й день

12 Понятие

- 1) живорожденность
- 2) жизнеспособность

Критерий

- а) наличие сердцебиений, масса тела > 2500 г, сокращение мускулатуры
- б) масса тела > 500г, длина >21 см, гестационный возраст более 21 -22 нед.
- в) наличие дыхания, длина > 45 см

13. Физиологическая потеря массы тела у новорожденного максимальна

- 1) на 1 -2-й день жизни и составляет до 5%
- 2) на 3-5-й день жизни и составляет до 10%
- 3) на 3-4-й день жизни и составляет до 6-8%

14 Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми

- 1) количество на единицу поверхности почки больше, размеры относительно велики
- 2) количество на единицу поверхности почки меньше, размеры малы
- 3) количество на единицу поверхности почки больше, размеры малы
- 4) количество на единицу поверхности почки меньше, размеры велики

15. Движения новорожденного ребенка

- 1) атетозоподобные
- 2) целенаправленные
- 3) хаотичные
- 4) червеобразные
- 5) генерализованные

16. Механизм мгновенного запечатлевания, при котором первое впечатление определяет характер реагирования, влияющий на всю дальнейшую жизнь и деятельность организма, называется -----**17. Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных проявляется**

- 1) на 2-3-й день жизни
- 2) на 1-2-й день жизни
- 3) на 5-6-й день жизни
- 4) на 4-5-й день жизни

18. Наибольшее скопление бурой жировой ткани у новорожденных детей находятся

- 1) вокруг тимуса и щитовидной железы
- 2) в межлопаточном пространстве
- 3) на руках и ногах
- 4) в задней шейной области
- 5) вокруг почек

19. Причинами нейтрофилии в первые дни жизни являются

- 1) эстрогены, поступившие к ребенку трансплацентарно от матери
- 2) родовой стресс
- 3) гипогликемия
- 4) антигенная стимуляция

20. Причинами снижения уровня гемоглобина и количества эритроцитов в период новорожденности являются

- 1) укороченная длительность жизни эритроцитов
- 2) гемоконцентрация
- 3) уменьшение продукции эритропоэтина
- 4) низкий уровень НЭЖК в мембране эритроцитов
- 5) низкий уровень АТФ в мембране эритроцитов
- 6) дефицит печеночной глюкуронилтрансферазы

21. Высокая пассивная теплоотдача новорожденных определяется большой _____**22. В механизмах теплопродукции у новорожденных на первом месте стоит теплопродукция в ткани _____**

Эталоны ответов

1. - 3
2. - 1
3. - 1
4. - 3
5. - 3
6. - 3
7. - неонатология
8. - перинатальным
9. - зрелостью
10. - простая эритема
11. - 1-6, 2-а, 3-в
12. - 1-а, 2-б
13. - 3
14. - 3
15. - 1, 3, 5
16. - импринтингом
17. - 1
18. - 1, 2, 4, 5
19. - 1, 3, 4
20. - 1, 6
21. - поверхностью тела на 1 кг массы
22. - жировой

Задания для самостоятельной работы студентов 5 курса педиатрического факультета по циклу «Неонатология».

Тема №2 «Внутриутробная гипоксия».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение внутриутробной гипоксии и асфиксии новорожденных.
2. Наиболее частые причины внутриутробной гипоксии и асфиксии.
3. Патогенез развития внутриутробной гипоксии и асфиксии.
4. Клиническая картина асфиксии новорожденных.
5. Лечение внутриутробной гипоксии и асфиксии.

II. Целевые задачи.

научиться правильно оценивать отклонения в гомеостазе, изменения со стороны органов дыхания, CCC и нервной системы новорожденного при хронической и острой гипоксии, связать эти изменения с общим состоянием ребенка, своевременно провести реанимационные мероприятия и интенсивную терапию, а также профилактику острой и хронической гипоксии.

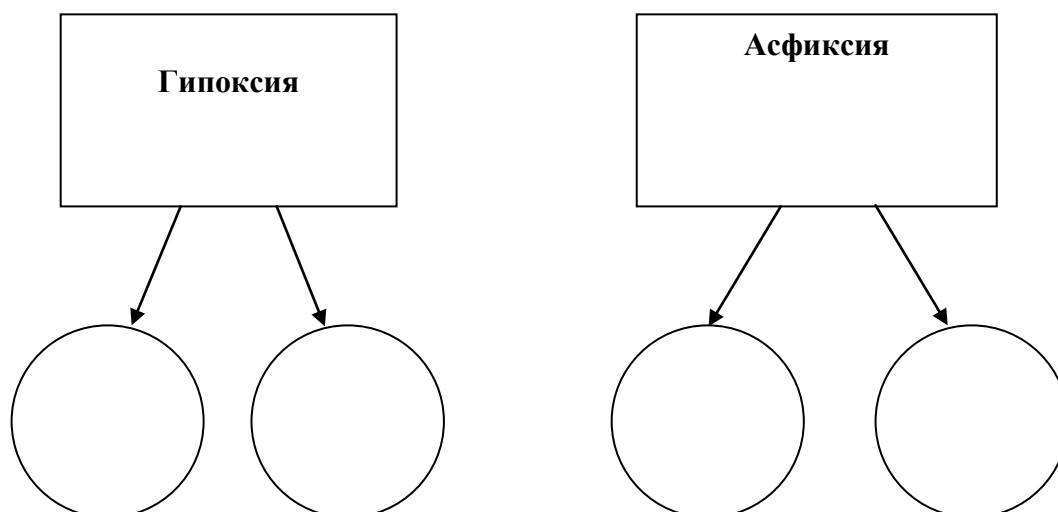
Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо – физиологические особенности организма новорожденных. 2. Факторы риска, приводящие к внутриутробной и/или интранатальной гипоксии. 3. Первичную и вторичную асфиксию, различать степени тяжести гипоксии. 4. Патогенез острой и хронической гипоксии. 5. Состояние обмена веществ при острой и хронической гипоксии. 6. Возможные осложнения острой и хронической внутриутробной гипоксии. 7. Клиническую картину острой гипоксии. 8. Современные технические и медикаментозные возможности проведения реанимационных мероприятий у новорожденных. 9. Алгоритм реанимационных мероприятий при острой асфиксии различной степени тяжести. 10. Вопросы профилактики и наблюдения за новорожденным после перенесенной острой	Основная 1.Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник.т.1,2-СПб,2007. 2.Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4.Лекционный материал. 5.Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Внутриутробная гипоксия». Дополнительная 1. Шабалов Н.П. и др. «Асфиксия новорожденных» - М, 2003 2. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993 3. Михельсон В. А. и др. «Анестезиология и реанимация новорожденных.№. - М., 1981 4. Савельева Г. М. «Реанимация и интенсивная

и/или хронической гипоксии Студент должен уметь: 1. Правильно собрать анамнез. 2. Определить степень тяжести гипоксии. 3. Провести объективное обследование новорожденного. 4. Оказать необходимую реанимационную помощь в полном объеме. 5. Пользоваться и знать принципы работы современных аппаратов ИВЛ. 6. Проводить дифференциальную диагностику между кардио-респираторным синдромом и острой гипоксией. 7. Составить план обследования и суточного мониторингирования жизненно важных показателей и правильно интерпретировать результаты обследования. 8. Составить план лечебных мероприятий, в том числе интенсивной терапии с обоснованием назначенных медикаментозных средств. 9. Дать рекомендации по дальнейшему выхаживанию и лечению новорожденных, перенесших острую и/или хроническую гипоксию. 10. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	терапия новорожденных» - М., 1981 5. Г. М. Дементьева и др. Первичная и реанимационная помощь новорожденным-М., 1999 6. Основы перинатологии, //под ред. Н.П. Шабалова,- М., 2002 7. Любименко В.А. и др. Высокочастотная искусственная вентиляция легких в неонатологии- М., 2002
--	--

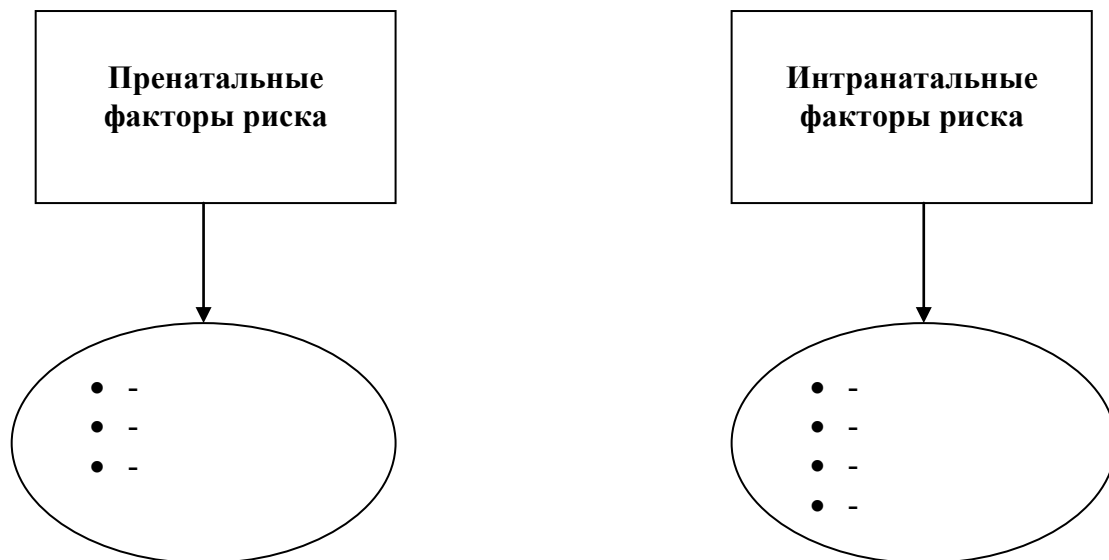
III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1) Дайте определение гипоксии и асфиксии новорожденных

2) Заполните таблицу по классификации гипоксии и асфиксии новорожденных



3) Перечислите факторы риска, приводящие к внутриутробной и/или интранатальной гипоксии.



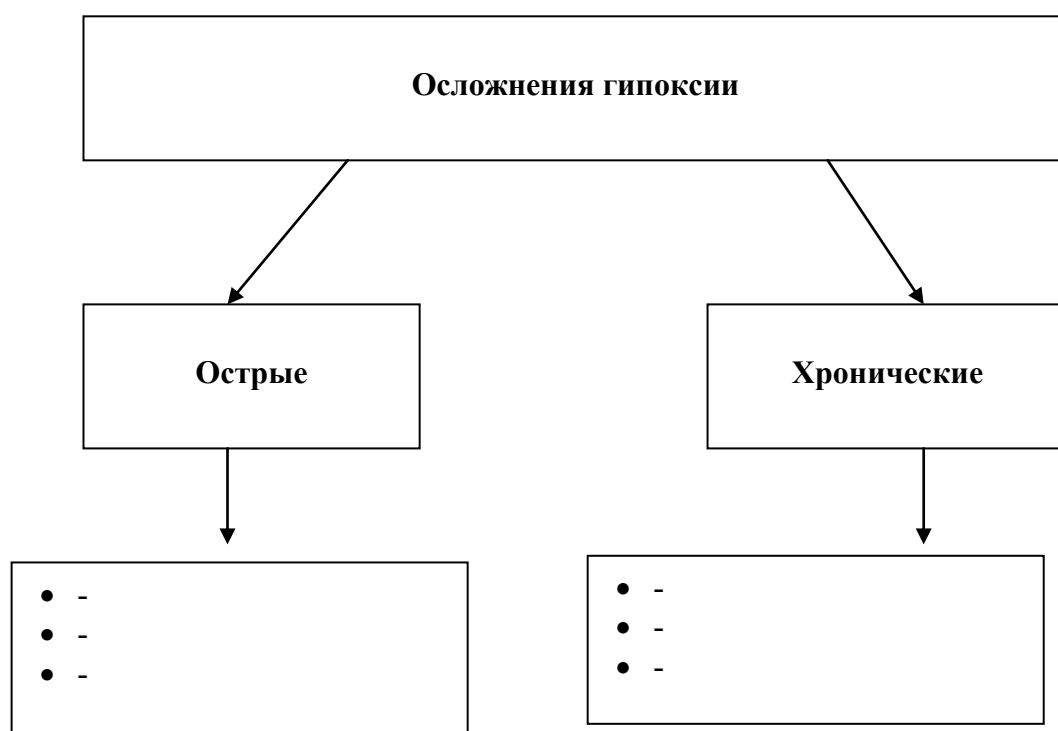
4) Составьте схему патогенеза при кратковременной умеренной внутриутробной гипоксии

5) Заполните таблицу органных дисфункций при тяжелой перинатальной гипоксии:

ЦНС	
Легкие	
ССС	
Почки	
ЖКТ	
Обмен веществ	
Гемостаз	
Иммунитет	

6) Опишите состояние ребенка, родившегося с оценкой по шкале АПГАР в 3-6 баллов.

7) Заполните таблицу



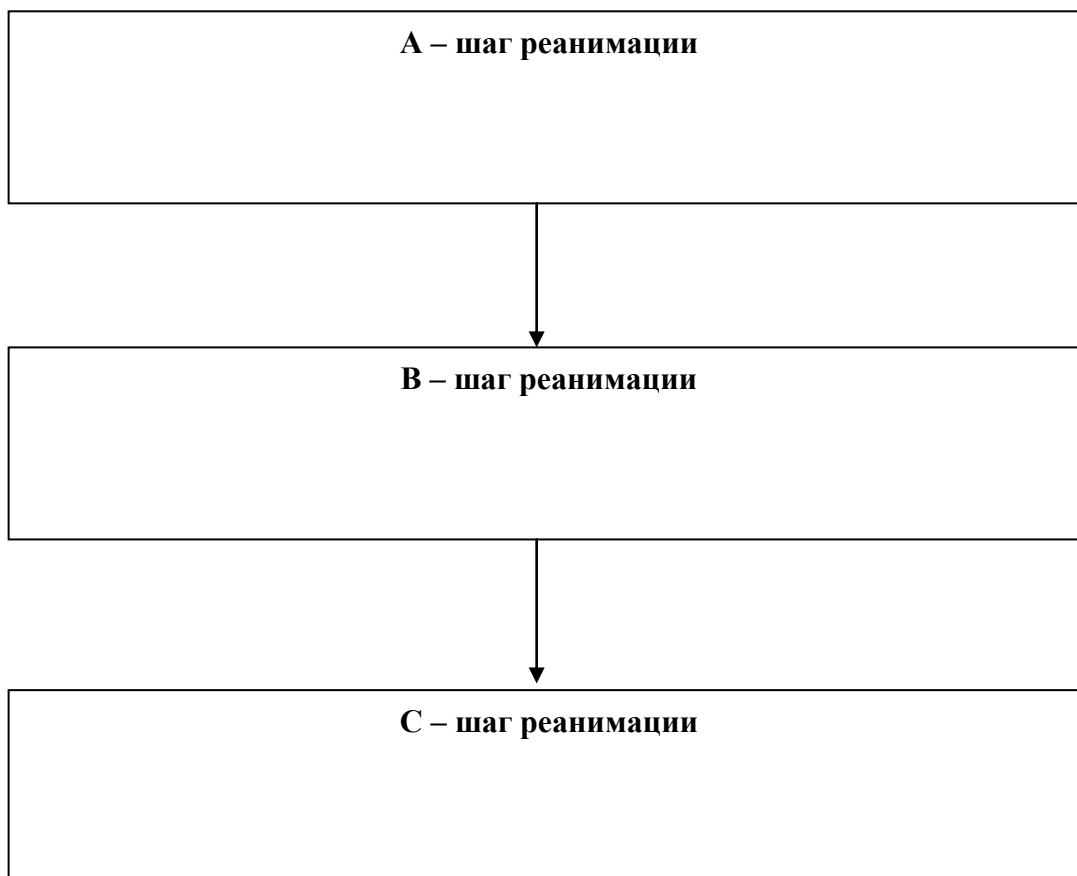
8) Составьте схему наблюдения за ребенком, родившимся в асфиксии по следующим пунктам:

I. Клинический мониторинг –

II. Аппаратный мониторинг -

III. Лабораторный мониторинг -

9) Составьте алгоритм первичной помощи новорожденному с асфиксией по схеме:



10) Выпишите рецепты на медикаменты, используемые для реанимации новорожденных.

11) Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу:

Задача №1.

Ребенок от III беременности, I срочных родов в головном предлежании, У матери в анамнезе 2 спонтанных выкидыша на сроке 8 и 10 недель соответственно. Данная беременность протекала с выраженным токсикозом I половины (неукротимая рвота 2,5 месяца), с ОПГ гестозом II половины. В родах: вторичная слабость родовой деятельности, медикаментозная родостимуляция. Ребенок родился с массой 2900,0, дл.50 см. Оценка по шкале Апгар 3/5 баллов. Проведены все мероприятия по реанимации и интенсивной терапии по общепринятому протоколу. Состояние расценено как тяжелое из-за гемодинамических и метаболических разрушений. Тоны сердца глухие, легкий систолический шум на верхушке. PS 170 в Г. Дыхание аритмичное, с периодическими апноэ. R - 58 .В легких на фоне жесткого дыхания - единичные сухие и влажные хрипы. Живот мягкий, б/б. Отходит меконий. Кожные покровы цианотичны, с мраморным оттенком. Физиологические рефлексы угнетены.

Общий анализ крови: эр. - $5,5 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 260 г/л, лейкоц - $15 \cdot 10^9$, п/я 8%, с/я - 62%, эозинофилы - 1%, лимф. - 20%, моноциты-9%, СОЭ - 2 мм/час, Ht - 65 %.

КОС : pH - 7,21, pCO₂-44 мм рт ст, pO₂-48 мм рт ст.

В периферич. Крови: BE = - 11 ммоль/л

Задание:

- [illegible]

- 1. При хронической внутриутробной гипоксии поверхность плаценты**
 - 1) увеличивается
 - 2) остается неизменной
 - 3) уменьшается
- 2. Маточно-плацентарный кровоток в условиях хронической внутриутробной гипоксии**
 - 1) замедляется
 - 2) ускоряется
- 3. Новорожденный, родившийся в тяжелой гипоксии, имеет оценку по шкале АПГАР**
 - 1) 5-7 баллов
 - 2) 4-5 баллов
 - 3) 3 балла и менее
- 4. Признаками хронической внутриутробной гипоксии являются**
 - 1) снижение кислорода в окружающей беременную среде
 - 2) снижение кислорода в окружающей беременную среде + снижение кислорода в крови
 - 3) снижение кислорода в окружающей беременную среду + снижение кислорода в крови женщины + фетоплацентарная недостаточность
- 5. Для подтверждения диагноза хронической внутриутробной гипоксии плода проводят**
 - 1) ультразвуковое исследование плаценты
 - 2) анализ крови беременной
 - 3) доплерометрию сосудов плаценты
 - 4) нестрессовый тест
 - 5) рентгенологическое исследование брюшной полости беременной
- 6. Патогенетические звенья хронической внутриутробной гипоксии плода и новорожденного**
 - 1) нарушения внутриклеточного обмена
 - 2) кислородная недостаточность
 - 3) ДВС-синдром + нарушения микроциркуляции

- 3) ишемия и геморрагический инфаркт внутренних органов
- 4) гемодинамические расстройства

7. При церебральной ишемии I степени у новорожденного выявляются

- 1) судороги, гипорефлексия, тремор рук
- 2) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- 3) мышечная дистония, гипотония, вялость

8. При церебральной ишемии II степени у новорожденного отмечаются

- 1) усиление рефлексов орального автоматизма
- 2) судороги
- 3) гипертонус мышц
- 4) гипорефлексия
- 5) вялость, адинамия

9. При церебральной ишемии III степени у новорожденного отмечаются

- 1) судороги
- 2) отсутствие рефлексов
- 3) гипертонус мышц
- 4) нарушение ритма дыхания и сердцебиения
- 5) гиперрефлексия

10. Желтуха при гипоксии у новорожденных может сопровождаться

- 1) повышение гематокрита до 0,7
- 2) снижение гематокрита до 0,35
- 3) повышением гемоглобина выше 220 г/л
- 4) анемий
- 5) повышением числа эритроцитов выше 6-1012/л

11. Какие изменения системы крови возможны у новорожденных, перенесших асфиксию в родах

- 1) полицитемия
- 2) лейкоцитоз
- 3) тромбоцитопения
- 4) все ответы правильные

12. Какая патология желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречается у новорожденных, перенесших асфиксию в родах

- 1) желудочно-пищеводный рефлюкс
- 2) ахалазия пищевода
- 3) высокая кишечная непроходимость
- 4) некротизирующий энтероколит

13. Причиной острой гипоксии плода в родах является

- 1) артериальная гипотензия у матери
- 2) с давление пуповины
- 3) избыточная сократительная активность матки
- 4) все перечисленные

14. Причинами апноэ у доношенного новорожденного ребенка после 3-го дня жизни могут являться

- 1) менингит
- 2) функционирующий артериальный проток
- 3) инфаркт мозга
- 4) обструкция верхних дыхательных путей
- 5) желудочно-пищеводный рефлюкс
- 6) полицитемия

15. Причинами апноэ у недоношенного ребенка могут являться

- 1) респираторный дистресс-синдром
- 2) внутрижелудочковое кровоизлияние
- 3) постгеморрагическая гидроцефалия
- 4) функционирующий артериальный проток
- 5) анемия
- 6) язвенно-некротический энтероколит

Эталоны ответов:

- 2.-2
- 3.-3
- 4.-3
- 5.-1,3,4
- 6.-2,1,4,5,3
- 7.-2
- 8.-2,4,5
- 9.-1,2,4
- 10.-1,3,5
- 11.-4
- 12.-1
- 13.-4
- 14.-1,3,4,5,6
- 15.-1,2,3,4,5,6

Задания для самостоятельной работы студентов 5 курса педиатрического факультета по циклу «Неонатология»

Тема №3 «Синдром дыхательных расстройств (СДР)».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение СДР
2. Причины развития синдрома дыхательных расстройств
3. Патогенез СДР
4. Клиническая картина дыхательных расстройств
5. Лечение СДР.

II. Целевые задачи

разобрать причины, вызывающие СДР, основные патогенетические звенья в развитии СДР. Научить студента проводить дифференциальный диагноз различных заболеваний, протекающих с клиникой СДР. Проводить адекватную и современную коррекцию имеющихся нарушений гомеостаза

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности бронхо-пульмональной системы у доношенных и недоношенных новорожденных.
2. Основные патогенетические механизмы, лежащие в основе СДР.
3. Современную классификацию СДР.
4. Особенности СДР легочного и внелегочного происхождения.
5. Клинические критерии диагностики СДР.
6. Рентгенологические и лабораторные критерии диагностики СДР.
7. Современные технические и медикаментозные возможности проведения реанимационных мероприятий у новорожденных с тяжелой СДР.
8. Этапы и последовательность лечения новорожденных с различной степенью проявления СДР.
9. Обоснование респираторной терапии при тяжелых СДР.
10. Профилактику СДР.
11. Последующее диспансерное наблюдение детей, перенесших СДР.

Литература

- 1) Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник т. 1,2 - СПб, 2005г
- 2) Руководство по неонатологии под ред. Г. В. Яцык - М, 1998
- 3) Гребенщиков В.А., Миленин О.Б., Рюмина И.И. «Респираторный стресс- синдром новорожденных». - М., 1995
- 4) Виктор В. Х. «Респираторный расстройства у новорожденных» - М.-1989
- 5) Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993
- 6) Фомичев М.В. Респираторная терапия у новорожденных.- СПб.-2000г.
- 7) Г.М. Дементьева Болезни бронхолегочной системы у новорожденных. //Лекция для врачей.-М,2004г.
- 8) Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс синдромом (методические рекомендации под. Ред. Н.Н. Володина.- М., 2002г.
- 9) Прогнозирование и профилактика РДС в родильном доме (по материалам РАСПМ.- Российский вестник перинатологии и педиатрии.-№3.-2003г.

Студент должен уметь: 1. Собрать целенаправленно анамнез. 2. Выявить патогномичные симптомы СДР. 3. Провести объективное обследование новорожденных с СДР. 4. Оценить степень тяжести респираторных нарушений у доношенных и недоношенных новорожденных. 5. Выделить характерные для различных форм пневмопатий респираторные нарушения. 6. Составить план обследования и правильно интерпретировать результаты обследования. 7. Проводить дифференциальный диагноз между различными формами и степенью тяжести СДР. 8. Назначить правильное лечение. Обосновать назначенную медикаментозную терапию. 9. Пользоваться современными аппаратами для респираторной терапии. 10. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	<u>Литература.</u> Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник т. 1,2 - СПб, 2005г Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студ. к практич. занятию «СДР».
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1) Дайте определения следующим понятиям:

• Пневмопатии –

• Сурфактант-

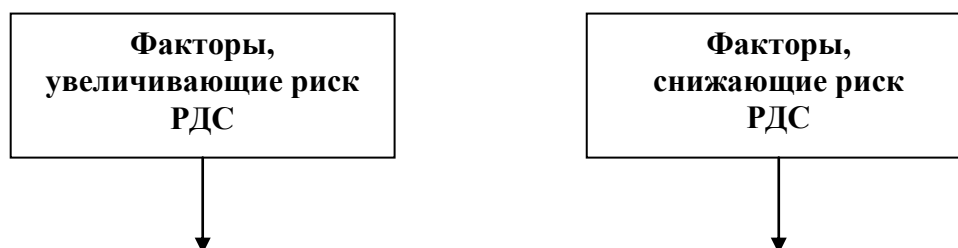
• Респираторный дистресс - синдром новорожденных –

• Ателектазы –

• Болезнь гиалиновых мембран –

• Синдром аспирации мекония –

2) Перечислите факторы, влияющие на развитие РДС:



3) Опишите два пути синтеза сурфактанта.

4) Заполните таблицу:

Причины СДР легочного и внелегочного происхождения

СДР	Причины
Легочного генеза	
Внелегочного генеза	

5) Перечислите основные механизмы патогенеза, приводящие к снижению pO_2

1-

2-

3-

4-

5-

6) Опишите состояние новорожденного с оценкой по шкале Сильвермана 8 баллов

7) Заполните таблицу:

Основные рентгенологические признаки при пневмопатиях

Пневмопатии	Рентгенологические признаки
БГМ	
Ателектазы	
Отечно-геморрагический синдром	
Синдром аспирации мекония	

11) Для профилактики развития СДР у новорожденных, всем бер назначают _____

[illegible]

- 14) Составьте ситуационную задачу для новорожденного ребенка с синдромом аспирации мекония по предлагаемому образцу.

Задача №1

Ребенок от беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в сроке 30 недель, осложнились частичной отслойкой низко расположенной плаценты. Масса 1600, состояние при рождении относительно удовлетворительное, соответствует степени незрелости. Через 6 часов после рождения состояние резко ухудшилось. Кожные покровы землисто-цианотичны. Дыхание парадоксального типа, проявляется длинное продолжительное апноэ с нарастанием цианоза. Резко выражена ретракция грудины, западение межреберий, надключичных впадин, раздвигание крыльев носа. Дыхание до 100 в I мин. Надо легким перкурторно укорочение легочного звука, аускультативное дыхание ослабленное, непостоянные крепитирующие хрипы. Границы сердца расширены, тоны сердца значительно приглушены, учащение. Явления дыхательной и сердечной недостаточности прогрессивно нарастают.

Задание:

1. О каком диагнозе можно думать?
2. Определите степень тяжести дыхательных расстройств?
3. Почему состояние ребенка ухудшилось через 6 часов?
4. Какое дыхание определяется аускультативно у здорового новорожденного?
5. Какие изменения характерны для рентгенограммы?
6. Каков прогноз?
7. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
8. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
9. Как должен прививаться этот ребенок на первом году жизни?
10. Тактика лечения

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1 Основной причиной аспирации новорожденных является

- 1) недоношенность

- 2) гипоксия плода
- 3) инфекционные заболевания матери
- 4) гемолитическая болезнь новорожденных
- 5) врожденный порок сердца

2. При аспирации новорожденных антибактериальная терапия

- 1) показана
- 2) не показана

3. Синдром дыхательных расстройств характерен

- 1) для доношенных новорожденных детей
- 2) для переносимых новорожденных детей
- 3) для недоношенных новорожденных детей

4. Для новорожденных с болезнью гиалиновых мембран хрипы в легких

- 1) характерны
- 2) нехарактерны

5. Искусственный сурфактант по сравнению с глюкокортикоидами при синдроме дыхательных расстройств новорожденного действует

- 1) эффективнее, но медленнее
- 2) менее эффективно, но быстрее
- 3) менее эффективно и медленнее
- 4) эффективнее и быстрее

6. К аспирационным состояниям новорожденного относят

- 1) болезнь гиалиновых мембран
- 2) аспирационный синдром
- 3) врожденную долевую эмфизему
- 4) полисегментарный ателектаз
- 5) массивную меконияльную аспирацию
- 6) рассеянные ателектазы

7. Для новорожденных с массивной меконияльной аспирацией характерны

- 1) нарастающий цианоз кожи и слизистых
- 2) транзиторное тахипноэ
- 3) асимметрия грудной клетки
- 4) отсутствие хрипов в легких
- 5) средне- и мелкопузырчатые хрипы в легких
- 6) нормальные газы крови
- 7) снижение pO_2
- 8) повышение pCO_2

8. Клиническими формами синдрома дыхательных расстройств являются

- 1) Полисегментарный ателектаз
- 2) отечно-геморрагический синдром
- 3) меконияльная аспирация
- 4) рассеянные ателектазы
- 5) болезнь гиалиновых мембран

9. Отечно-геморрагический синдром новорожденных характеризуется

- 1) нарастанием цианоза
- 2) общим отеком синдромом
- 3) отсутствием хрипов в легких
- 4) общим геморрагическим синдромом
- 5) пенистым отделяемым на губах
- 6) отсутствием одышки
- 7) выраженной одышкой
- 8) множественными мелкопузырчатыми и крепитирующими хрипами в легких

10. Для уточнения диагноза синдрома дыхательных расстройств в план обследования новорожденного необходимо включить

- 1) анализ периферической крови
- 2) рентгенографию черепа
- 3) исследование кислотно-основного состояния крови
- 4) рентгенографию грудной клетки
- 5) анализ мочи

- б) бактериологическое исследование крови

11 Показаниями к искусственной вентиляции легких у новорожденных с дыхательными расстройствами являются

- 1) отдышка до 60 в мин.
- 2) апноэ
- 3) pO_2 менее 50 мм рт.ст., pCO_2 более 60 мм рт.ст., pH менее 7,2
- 4) отдышка до 80 в мин.
- 5) нарастание цианоза
- 6) pO_2 менее 60 мм рт.ст., pCO_2 более 50 мм рт.ст., pH менее 7,25
- 7) брадипноэ менее 30 в мин.

12. Аспирационное состояние новорожденных

- 1) аспирационный синдром
- 2) массивная меконияльная аспирация
- 3) полисегментарный ателектаз

Рентгенологические признаки:

- а) треугольная тень, обращенная верхушкой к корню легкого;
- б) инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией;
- в) легкое снижение прозрачности в легком без перифокальной реакции;
- г) значительное снижение прозрачности в легком со смещением органов средостения в противоположную сторону;
- д) ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочных полей

13. Клинические формы синдрома дыхательных расстройств

- 1) рассеянные ателектазы
- 2) отечно-геморрагический синдром
- 3) болезнь гиалиновых мембран

Рентгенологические признаки:

- а) снижение прозрачности легкого со смещением органов средостения в пораженную сторону;
- б) ретикулярно-нодозная сетка на фоне повышенной прозрачности легочных полей;
- в) треугольная тень, обращенная верхушкой к корню легкого;
- г) точечные уплотнения, чередующиеся с зонами просветления на фоне понижения прозрачности;
- д) инфильтративная тень в легком с перифокальной реакцией;
- е) прозрачность легочных полей понижена, сосудистый рисунок усилен вплоть до картины «белого легкого»

14. Под _____ понимают перинатальные заболевания легких _____ неинфекционного генеза, выявляющиеся в первые 2-3 дня жизни.

15. Под _____ понимают симптомокомплекс, обусловленный дефицитом сурфактанта в легких, связанный единым патогенезом, развивающийся в первые 2 дня жизни и сопровождающийся дыхательной недостаточностью.

16. Последовательность развития клинических форм синдрома дыхательных расстройств у новорожденных

- 1) отечно-геморрагический синдром
- 2) болезнь гиалиновых мембран
- 3) рассеянные ателектазы

17. Этапы первичной реанимации при меконияльной аспирации у новорожденных

- 1) после рождения ребенка отсасывание мекония изо рта, глотки и носовых ходов
- 2) дополнительный обогрев ребенка
- 3) при рождении лица отсасывание мекония из носовых ходов и рта
- 4) ручная вентиляция мешком через маску или интубационную трубку
- 5) интубация трахеи с последующей станцией трахеобронхиального дерева

18. В каком возрасте наиболее часто РДС у недоношенных детей осложняется развитием пневмонии

- 1) 12 день
- 2) 34 день
- 3) 56 день
- 4) 78 день
- 5) 9-10 день

19. Какая основная причина развития поздней неонатальной пневмонии у недоношенных детей

- 1) осложнение РДС
- 2) внутриутробное инфицирование
- 3) аспирация в родах
- 4) осложнение ОРВИ

20. Причинами апноэ у доношенного новорожденного ребенка после 3-го дня жизни могут являться

- 2) менингит
- 3) функционирующий артериальный проток
- 4) инфаркт мозга
- 5) обструкция верхних дыхательных путей
- 6) желудочно-пищеводный рефлюкс
- 7) полицитемия

Эталоны ответов:

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. - 2 | 11. - 2, 3, 4, 5, 7 |
| 2. - 1 | 12. - 1-в, 2-г, 3-а |
| 3. - 3 | 13. - 1-г, 2-е, 3-б |
| 4. - 2 | 14. - пневмопатиями |
| 5. - 4 | 15. - СДР |
| 6. - 2, 4, 5 | 16. - 3, 1, 2 |
| 7. - 1, 3, 5, 7, 8 | 17. - 3, 2, 1, 5, 4 |
| 8. - 2, 4, 5 | 18. - 3 |
| 9. - 1, 2, 4, 5, 7, 8 | 19. - 4 |
| 10. - 1, 3, 4 | 20. - 1, 3, 4, 5, 6 |

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №4.

(5 курс, IX семестр)

ТЕМА: Геморрагическая болезнь новорожденных.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

2. Определение геморрагической болезни новорожденных.
3. Наиболее частые причины геморрагической болезни.
4. Патогенез развития геморрагической болезни.
5. Клиническая картина геморрагической болезни.
6. Лечение геморрагической болезни.

2. Целевые задачи: Научить студентов правильно оценивать клиническую картину геморрагической болезни, определить ведущую роль среди функционально-структурных компонентов, связать эти изменения с общим состоянием ребенка и данными параклинического обследования, своевременно назначить адекватное лечение и профилактические мероприятия.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо-физиологические особенности организма новорожденных, особенно системы гемостаза и органов кроветворения. 2. Этиологию и патогенез геморрагической болезни новорожденных, а также постгеморрагических анемий. 3. Клиническую картину различных вариантов геморрагической болезни и постгеморрагических анемий у новорожденных. 4. Дифференциально-диагностические критерии ложной и истинной мелены. 5. Осложнения развивающиеся на фоне геморрагической болезни и постгеморрагических анемий новорожденных. 6. Клинико-лабораторная характеристика геморрагической болезни новорожденных, а также	Основная 1. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник. т.1,2-СПб,2007. 2. Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Филосовой. - Иваново,2003. 4. Лекционный материал. 5. Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Геморрагическая болезнь новорожденных». Дополнительная 1. Горубарова Н.А., Кошель И.В., Яцык Г.В. «Кровотворение плода и новорожденного». - М, 1993 2. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993

постгеморрагических анемии. 7. Современные схемы (протоколы) лечения различных форм геморрагической болезни анемий. 8. Профилактику развития геморрагической болезни новорожденных, в том числе ложной мелены, а также различных видов анемий. 9. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими геморрагическую болезнь и анемии новорожденных. стент должен уметь: 1. Правильно собрать анамнез. 2. Выявить патогномичные симптомы заболевания. 3. Провести объективное обследование новорожденных. 4. Оценить степень тяжести геморрагической болезни и анемий новорожденных. 5. Выделить характерные клинические симптомы различных вариантов геморрагической болезни, позволяющие правильно поставить диагноз. 6. Составить план обследования и правильно интерпретировать результаты обследования. 7. Проводить дифференциальный диагноз между различными вариантами анемий, геморрагической болезни, а также ложной меленой у новорожденных. 8. Назначить правильное лечение, в том числе комплекс неотложных мероприятий при выраженных кровотечениях. Обосновать назначенную медикаментозную терапию. 9. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	3. Руководство по неонатологии под ред. Г.В. Яцык - М., 1998 4. Шабалов Н.П. и др. - Педиатрия. - 2000. - №3. - стр. 84 5. Основы перинатологии под ред. Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева, - М.,-2002г. 6. Сахарова Е.С., Кешищян Е.С. – Российский вестник перинатологии и педиатрии, - №1- 2004г.
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1) Дайте определение следующим терминам:

- Витамин К-дефицитное состояние. _____

- ДВС- синдром

_____.

- коагулопатии

_____.

- геморрагическая болезнь

_____.

- 2) Составьте схему патогенеза геморрагической болезни

новорожденных, исходя из того, что причиной пониженной свертываемости крови является дефицит витамина К.

2) Общеизвестно, что факторами, способствующими К-гиповитаминозу у новорожденного являются: назначение матери антикоагулянтов непрямого действия (из группы неодикумарина), противосудорожных ЛВ (фенобарбитал, дифенин), больших доз антибиотиков широкого спектра действия. Какую роль в развитии витамин К-дефицитных состояний играют гестозы беременных у матерей, недоношенность, гепато- и энтеропатии у матери?

3) Заполните таблицу, которая отражает особенности дифференциальной диагностики кровоточивости у новорожденных детей.

Параметры гемостаза	ГрБН	ДВС-синдром (II-III) стадии	Тромбоцитопении без ДВС
Количество тромбоцитов	нормальное	сниженное	сниженное
Протромбиновое время			
Тромбиновое время			
Время свертывания			
Парциальное тромбопластиновое время			
Фибриноген			

4) Составьте 3 тестовые задания по следующему образцу:

- **Первыми клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденных являются**
 - 1) кровоточивость слизистых
 - 2) анемия
 - 3) мелена
 - 4) гемартрозы
 - 5) внутричерепные кровоизлияния

5) Дайте характеристику следующим синдромам:

- гематемезис–

- мелена –

- тромбоцитопатия –

- тромбоцитопения –

- ДВС –

6) Каковы лабораторные признаки геморрагической болезни тяжелой степени?

- В общем анализе крови:

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):

- коагулограммы.

- эритроцитометрии.

7) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- Геморрагическая болезнь новорожденных, классическая форма, тяжелой степени.

8) Какие препараты используются для лечения:

- ранней формы геморрагической болезни

_____.

- классической

_____.

- ложной мелены.

-
-
- тромбоцитопений.
-
-

-
-
- ДВС-синдрома различной степени тяжести
-
-

9) Организация помощи новорожденным с геморрагической болезнью выхаживание -

_____, медикаментозное лечение -

_____, реабилитация ранняя -

_____ и отсроченная -

10) К какой группе здоровья относятся дети с геморрагической болезнью различной степени тяжести?

11) Каков календарь прививок у детей, перенесших геморрагическую болезнь новорожденных?

12) Составьте план диспансерного наблюдения за детьми с геморрагической болезнью различной степени тяжести?

14) Ситуационная задача:

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 средне-тяжелое 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 - аминокaproновая 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.

Общий анализ крови: Нб - 180 г/л, Эр - 5, 4xЮ¹²/л, Ц. п. - 0, 94, тромб - 310, 0 x 10⁹/л. Лейк-5, 9x10⁹/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: коагиновое 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: непрямой – 196 мкмоль/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

- 15) Составьте аналогичную ситуационную задачу по классической геморрагической болезни новорожденных.**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

16) Выписать 5 рецептов антигеморрагических препаратов.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:

1. Геморрагическая болезнь новорожденных обусловлена нарушением:

- 1) сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза
- 2) коагуляционного звена гемостаза

2. Суточная потребность новорожденного в витамине К:

- 1) 5 мкг
- 2) 10 мкг
- 3) 20 мкг

3. Клинические признаки геморрагической болезни новорожденных чаще появляются

- 1) на 1-2-й день жизни
- 2) на 2-4-й день жизни
- 3) на 5-7-й день жизни

4. Для лечения геморрагической болезни новорожденных применяют

- 1) свежзамороженную плазму
- 2) свежзамороженную плазму и викасол
- 3) свежзамороженную плазму, викасол и дицинон

5. К развитию дефицита витамин К-зависимых факторов свертывания в организме новорожденного приводят

- 1) недостаточность белково-синтетической функции печени
- 2) нарушение функции тромбоцитов
- 3) гипокальциемия
- 4) недостаточное образование и поступление витамина К

6. Первыми клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденных являются

- 6) кровоточивость слизистых
- 7) анемия
- 8) мелена
- 9) гемартрозы
- 10) внутричерепные кровоизлияния

7. Новорожденному с геморрагической болезнью необходимо провести следующее обследование

- 1) общий анализ крови (тромбоциты, время свертывания крови и время кровотечения)
- 2) общий анализ мочи
- 3) коагулограмму
- 4) биохимический анализ крови
- 5) тромбоэластограмму

8. Показатели

- 1) геморрагической
- 2) число эритроцитов
- 3) протромбиновый комплекс
- 4) коал и новое время
- 5) тромбиновое время

Уровень показателей при геморрагической болезни новорожденных

- а) нормальный
- б) нормальный или пониженный
- в) нормальный или повышенный
- г) удлинён
- д) сокращён
- е) ускорен
- ж) замедлен

3) снижен

9. Геморрагическая болезнь новорожденных обусловлена дефицитом _____ факторов свертывания крови.

10. Для геморрагической болезни новорожденных характерен _____ уровень тромбоцитов периферической крови.

11. Геморрагический синдром развивается у новорожденного при нарушении _____ и _____ звеньев гемостаза.

12. Для диагностики фето-материнской кровопотери используют

- 1) тест Апта
- 2) окраску мазка крови матери по Клейхауэру-Бэтке
- 3) реакцию Кумбса
- 4) оценку морфологии эритроцитов новорожденного

13. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться:

- 1) при гемангиоматозе
- 2) при внутриутробных инфекциях
- 3) при ДВС-синдроме
- 4) при всех перечисленных заболеваниях

14. Тромбоцитопения у новорожденных детей может наблюдаться

- 1) при врожденной краснухе
- 2) при врожденной цитомегалии
- 3) при врожденной герпетической инфекции
- 4) при всех перечисленных случаях

15. Чем объясняется развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе

- 1) сенсibilизацией организма ребенка
- 2) развитием ангиитов и тромбоваскулитов
- 3) нерациональной антибактериальной терапией
- 4) повышенной ломкостью сосудов

16. Какие факторы могут способствовать развитию геморрагического синдрома в раннем неонатальном периоде

- 1) гипертермия, ацидоз, гиперкапния
- 2) специфические внутриутробные инфекции
- 3) прием матерью незадолго до родов медикаментозных препаратов, повышающих склонность к кровотечениям
- 4) все перечисленные

17. Какие особенности характеризуют систему гемостаза у новорожденных детей

- 1) повышенная проницаемость капилляров
- 2) сниженная функциональная активность тромбоцитов
- 3) низкая активность факторов свертывания крови
- 4) все перечисленные особенности

18. Какой из перечисленных признаков характерен для геморрагической болезни новорожденных

- 1) повышенный фибринолиз
- 2) тромбоцитопения
- 3) уменьшение в крови уровня глобулинов (VIII, IX, X факторов)
- 4) снижение протромбинового комплекса

19. Клинические симптомы при классической форме геморрагической болезни новорожденных обычно проявляются

- 1) сразу после рождения
- 2) на 2 день жизни
- 3) к 3-5 дню жизни
- 4) на 2 неделе жизни

20. Является ли падение уровня гемоглобина ниже 120 г/л при трансплацентарной кровопотере показанием к срочной гемотрансфузии

- 1) да
- 2) нет

- 3) только при высокой скорости снижения гемоглобулина
- 4) переливание крови можно сделать в плановом порядке

Эталоны ответов:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. - 2 | 11. - сосудисто-тромбоцитарного |
| 2. - 2 | и коагуляционного |
| 3. - 2 | 12. - 2 |
| 4. - 2 | 13. - 4 |
| 5. - 1, 4 | 14. - 4 |
| 6. - 1, 3 | 15. - 2 |
| 7. - 1, 3 | 16. - 4 |
| 8. - 1-6, 2-з, 3-г, 4-а | 17. - 4 |
| 9. - витамин К-зависимых | 18. - 4 |
| 10. - нормальный | 19. - 3 |
| | 20. - 1 |

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №5

(5 курс, IX семестр)

ТЕМА: Гемолитическая болезнь новорожденных.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

7. Определение гемолитической болезни новорожденных.
8. Наиболее частые причины гемолитической болезни.
9. Патогенез развития гемолитической болезни.
10. Клиническая картина гемолитической болезни.
11. Лечение гемолитической болезни.

2. Целевые задачи: научить студента оценить нарушение гомеостаза в системе «Мать - плод - новорожденный» при изоиммунной несовместимости по Rh-фактору и/или ABO системе, связать эти изменения с общим состоянием ребенка. Правильно поставить диагноз, своевременно назначить лечение и профилактические мероприятия.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо-физиологические особенности гепатобилиарной системы и иммунного статуса новорожденных. 2. Схему образования билирубина, этапы его обмена. 3. Патогенез развития ГБН по резус и групповым конфликтам. 4. Разные формы ГБН. 5. Особенности клинической картины различных форм ГБН. 6. Дифференциальный диагноз между различными видами желтух и ГБН. 7. Осложнения, развивающиеся при различных формах ГБН. 8. Клинико-лабораторную характеристику различных форм ГБН. 9. Современные схемы (протоколы) лечения различных форм ГБН. 10. Вопросы профилактики и диспансерного наблюдения новорожденных, перенесших ГБН.	Основная 1. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник. т.1,2-СПб,2007. 2. Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой. - Иваново,2003. 4. Лекционный материал. 5. Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Гемолитическая болезнь новорожденных». Дополнительная Литература 10. Володин Н.Н. «Гипербилирубинемия у новорожденного», методические рекомендации. — М.,1992 11. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993 12. Савельева Г. М. Акушерство. Учебник. - М., 2000
Студент должен уметь:	
1. Правильно собрать анамнез у матери. 2. Выделить характерные клинические симптомы,	

позволяющие правильно поставить диагноз. 3. Провести объективное обследование новорожденного. 4. Оценить степень тяжести ГБН и состояния больного новорожденного. 5. Составить план обследования и уметь правильно интерпретировать результаты обследования. 6. Проводить дифференциальный диагноз между различными видами желтух и ГБН. 7. На основании анамнеза, данных объективного исследования и параклиники поставить клинический диагноз согласно принятой классификации. 8. Составить план лечебных мероприятий, обосновать назначенную медикаментозную терапию. 9. Дать рекомендации для дальнейшего наблюдения за новорожденными в поликлинике. 10. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	13. Основы перинатологии под ред. Н.П.Шабалова и Ю.В. Цвелева – М., 2002. 14. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Дегтяров Д.Н., - Российский вестник педиатрии и перинатологии №5, 2004г. 6.Сидельникова Гемолитическая болезнь плода и новорожденного-М., 2005г.
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определение следующим терминам:

- Гипербилирубинемия.

- Прямой и непрямой билирубин.

- Ядерная желтуха. -

- Билирубиновая энцефалопатия. -

2) Составьте схему патогенеза ГБН:



3) Общеизвестно, что причиной билирубиновой энцефалопатии является токсическое действие непрямого билирубина. Какие другие факторы развития билирубиновой энцефалопатии Вы еще знаете?

4) Заполните таблицу, которая отражает дифференциально-диагностические признаки гемолитической болезни новорожденных.

симптомы	ГБН			Конъюгационная желтуха
	отечная	желтушная	анемическая	
Выраженные отеки с рождения	+			
Желтуха с первых дней жизни		+		
гепатоспленомегалия				
Геморрагический синдром				
Несовместимость крови матери и ребенка по Rh фактору				
Несовместимость крови матери и ребенка по системе ABO				
Снижение эритроцитов и гемоглобина при рождении				
ретикулоцитоз				
эритробластоз				
Высокий уровень гемоглобина в первые дни жизни				
Низкий уровень гемоглобина в первые дни жизни				
Положительная проба Кумпса				
Увеличение непрямого билирубина				
Увеличение прямого билирубина				
Повышение активности трансфераз				

5) Составьте 3 тестовые задания по следующим образцам:

- Заболевания**
 - фетальный гепатит
 - гемолитическая болезнь
 - конъюгационная желтуха

Признаки

а)желтуха, гепатомегалия, повышение уровня прямого билирубина и активности трансаминаз

б)увеличение печени, отдышка, цианоз носогубного треугольника

в)желтуха, повышение уровня непрямого билирубина, размеры печени не увеличены

г) ретикулоцитоз, повышение уровня билирубина

д) увеличение печени, кровоточивость из мест инъекций

е) гепатоспленомегалия, геморрагическая сыпь на коже.

желтуха, анемия, непрямого

анемия,

анемия,

6) Дайте характеристику следующим синдромам:

- Гипербилирубинемии. -

- Холестаза

- Билирубиновой энцефалопатии. _____
_____ -

7) Каковы лабораторные признаки желтушной формы ГБН:

- В общем анализе крови: _____
_____ биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):...

- Спинномозговой жидкости при ядерной желтухе. -

- НСГ.

- ЭЭГ.

- РЭГ.

- ДЭГ.

8) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- Гемолитическая болезнь новорожденных по Rh-конфликту, желтушно-анемическая форма, средне-тяжелая, острый (неонатальный) период, билирубиновая энцефалопатия.

9) Какие препараты используются для:

- консервативного лечения желтушной формы ГБН?

- для анемической формы ГБН? _____

10) Организация помощи новорожденным с ГБН средне-тяжелой и тяжелой степени (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

11) К какой группе здоровья относятся дети различных форм ГБН?

12) Ситуационная задача:

Девочка В., 5 дней находится в родильном доме.
Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет О (I) Rh - отрицательную группу крови, первая беременность закончилась родами 2 года назад, ребенок здоров, имеет О (I) 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 минут. Масса тела при рождении 3400 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричал сразу, крик громкий. В возрасте 12 часов появилось желтушное прокрашивание кожи, проводилась инфузионная и фототерапия.

При осмотре на 5 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 реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 1 см, моча имеет интенсивную окраску, физиологические рефлексы новорожденных снижены.

Общий анализ крови: Нб - 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 А(II) Rh - положительная.

Биохимический анализ крови на 4 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,

АСТ -65 ед., АЛТ - 71 ед, Щ.Ф. - 350 ед.

Задание.

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?
14. Какова тактика ведения акушерами женщины после родов?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

15) Выписать 5 рецептов с гепатопротективным действием.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:

1.

Заболевания

- 4) фетальный гепатит
- 5) гемолитическая болезнь
- 6) конъюгационная желтуха

Признаки

- а) желтуха, гепатомегалия, повышение уровня прямого билирубина и активности трансаминаз
- б) увеличение печени, одышка, цианоз носогубного треугольника
- в) желтуха, повышение уровня непрямого билирубина, размеры печени не увеличены
- г) желтуха, анемия, ретикулоцитоз, повышение уровня непрямого билирубина
- д) увеличение печени, анемия, кровоточивость из мест инъекций
- е) гепатоспленомегалия, анемия, геморрагическая сыпь на коже

2. Фототерапия применяется для лечения гипербилирубинемии новорожденного, если она обусловлена повышением уровня

- 1) прямого билирубина
- 2) непрямого билирубина

3. При проведении фототерапии патогенетически обусловлено одновременное назначение

- 1) капельного введения глюкозы
- 2) гидрокортизона
- 3) кокарбоксилазы

4. При лечении гипербилирубинемии, обусловленной повышением уровня непрямого билирубина, патогенетически показано введение

- 1) альбумина
- 2) глюкозы
- 3) сернокислой магнезии

5. Гипербилирубинемия, обусловленная повышением преимущественно уровня непрямого билирубина у новорожденных, характерна

- 1) для гемолитической болезни
- 2) для атрезии желчевыводящих путей
- 3) для конъюгационной желтухи
- 4) для фетального гепатита

6. Заменное переливание крови при гипербилирубинемии новорожденного определяется не причиной гипербилирубинемии, а уровнем _____

7. Заменное переливание крови показано, если у недоношенного ребенка на 3-й сутки жизни уровень непрямого билирубина составляет _____ мкмоль/л

8. Если мать резус отрицательная, а ребенок резус-положительный, то гемолитическая болезнь развивается

- 1) во всех случаях
- 2) не во всех случаях

9. Если имеется несовместимость крови матери и плода по системе АВО, то развитие гемолитической болезни

- 1. обязательно
- 2. не обязательно

10. Если у матери группа крови АВ (IV), а у ребенка О (I), развитие гемолитической болезни

1. происходит
2. не происходит

11. Анемическая форма гемолитической болезни новорожденных (ГБН) чаще развивается при несовместимости крови матери и плода

- 1) по резус-фактору
- 2) по системе ABO

12. По характеру регенерации костного мозга анемия при гемолитической болезни новорожденных относится

- 1) к гиперрегенераторной
- 2) к гипорегенераторной

13. При гемолитической болезни новорожденных в анализе периферической крови выявляется

- 1) анемия, ретикулоцитоз
- 2) анемия, лейкоцитоз
- 3) анемия, тромбоцитопения

14. Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по резус-фактору необходимо взять кровь

- 1) с группой крови ребенка резус-фактор отрицательный
- 2) с группой крови матери резус-фактор отрицательный
- 3) с группой крови ребенка резус-фактор положительный

15. Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по системе ABO используется эритроцитная масса с группой крови

- 1) ребенка
- 2) 0(1)

16. Гемолитическая болезнь новорожденных может быть обусловлена

- 1) внутриутробной инфекцией
- 2) иммунологическим конфликтом
- 3) нарушением конъюгации билирубина
- 4) гемоглобинопатией

17. Симптомы ядерной желтухи могут проявляться

- 1) на 1-ой неделе жизни
- 2) к 1-му месяцу жизни
- 3) на 2-м месяце жизни

18. При гемолитической болезни новорожденных желтуха проявляется

- 1) на 1-е сутки жизни
- 2) на 3-й сутки жизни
- 3) на 5-е сутки жизни

19. Прогноз при гемолитической болезни новорожденных определяется

- 1) повышением уровня непрямого билирубина
- 2) повышением уровня прямого билирубина
- 3) этиологией гемолитической болезни
- 4) степенью зрелости ребенка

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

- 1) уровень билирубина пуповинной крови 50-60 мкмоль/л
- 2) темп нарастания уровня билирубина выше 9 мкмоль/л/ч
- 3) повышение уровня непрямого билирубина на 2-е сутки до 200 мкмоль/л

21. ГБН по системе ABO может развиваться, если группа крови

- 1) матери 0 (I), ребенка А (II)
- 2) матери 0 (I), ребенка В (III)
- 3) матери А (II), ребенка 0 (I)
- 4) матери В (III), ребенка 0 (I)
- 5) матери 0 (I), ребенка АВ (IV)

22. Характерными клиническими симптомами желтушной формы гемолитической болезни новорожденных являются

- 1) обесцвеченный кал
- 2) анемия
- 3) увеличение печени
- 4) увеличение селезенки
- 5) геморрагическая сыпь на коже
- 6) гипотрофия
- 7) желтуха

23. Клиническими проявлениями ядерной желтухи являются

- 1) симптом Грефе
- 2) симптом «заходящего солнца»
- 3) мышечная гипотония
- 4) мышечная гипертония
- 5) вздутие большого родничка

24. Гемолитическую болезнь новорожденных следует дифференцировать

- 1) с конъюгационными желтухами
- 2) с геморрагической болезнью новорожденных
- 3) с фетальным гепатитом
- 4) с постгеморрагической анемией
- 5) с перинатальной энцефалопатией

25. Форма ГБН

1. отечная
2. желтушная
3. анемическая

Клинические признаки:

- б) отеки, гепатоспленомегалия, анемия, эритробластоз
- в) анемия, гепатоспленомегалия, тромбоцитопения, геморрагическая сыпь на коже
- г) желтуха, анемия, ретикулоцитоз, размеры печени увеличены
- д) желтуха, размеры печени увеличены, темная моча, обесцвеченный кал
- е) анемия, ретикулоцитоз, размеры печени и селезенки увеличены
- ж) размеры печени и селезенки увеличены, пиодермия, омфалит, желтуха

26. Для лечения гемолитической болезни новорожденных применяется

- 1) инфузионная терапия
- 2) фототерапия
- 3) гормональная терапия
- 4) заменное переливание крови
- 5) люминал

27. Отечную форму гемолитической болезни новорожденных следует дифференцировать прежде всего с _____ инфекцией.

Эталоны ответов

1.- 1-а, 2-б, 3-в	15.- 2
2 - 2	16.- 2
3.- 1	17.- 1
4.- 1	18.- 1
5.- 1,3	19.- 1
6. - непрямого билирубина	20.- 2

7.-250 мкмоль/л	21.-1,2
8.-2	22.- 2,3,4,7
9.-2	23.-2,4,5
10.-3	24.-1,3,4
11.-2	25.- 1-а, 2-в, 3-д
12.- 1	26.-1,2,4,5
13.-1	27.- внутриутробной
14.- 1	

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №6.

(5 курс, IX семестр)

ТЕМА: Врожденные инфекции.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

12. Определение врожденной цитомегаловирусной, герпес-вирусной, врожденной краснухи, токсоплазмозной, листериозной и др. врожденных инфекций у новорожденных.
13. Наиболее частые причины развития врожденных инфекций.
14. Патогенез развития вирусных, бактериальных и паразитарных инфекций у новорожденных.
15. Клиническая картина врожденных инфекций различной этиологии.
16. Современные протоколы лечения врожденных инфекций.

2. Целевые задачи: Научить студента правильно оценить данные объективного и параклинического обследования. Проводить дифференциальную диагностику ВУИ с учетом факторов неблагоприятного течения беременности, клинических проявлений. Своевременно назначить адекватные лечебно-профилактические мероприятия.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо-физиологические особенности организма новорожденного, в том числе иммунной системы. 2. Что такое внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция. 3. Пути инфицирования плода. 4. Современная этиология ВУИ. 5. Основные патофизиологические звенья системных воспалительных реакций организма новорожденного. 6. Клинические проявления цитомегалии, токсоплазмоза, листериоза, врожденной краснухи, хламидиоза, микоплазмоза, сифилиса, герпес-вирусной инфекции у новорожденных. 7. Возможные осложнения различных видов ВУИ у новорожденных. 8. Современную параклиническую диагностику внутриутробных инфекций у плода и/или новорожденного. 9. Дифференциальный диагноз различных ВУИ. 10. Современные схемы (протоколы) лечения различных форм ВУИ.	Основная 1.Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник.т.1,2-СПб,2007. 2.Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4.Лекционный материал. 5.Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Врожденные инфекции». Дополнительная 1. Девис П.А., Готефорс Л.А., Бактериальная инфекция плода и новорожденного. - М.,1987 2. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993 3. О.К.Погодин Хламидийная инфекция в акушерстве,

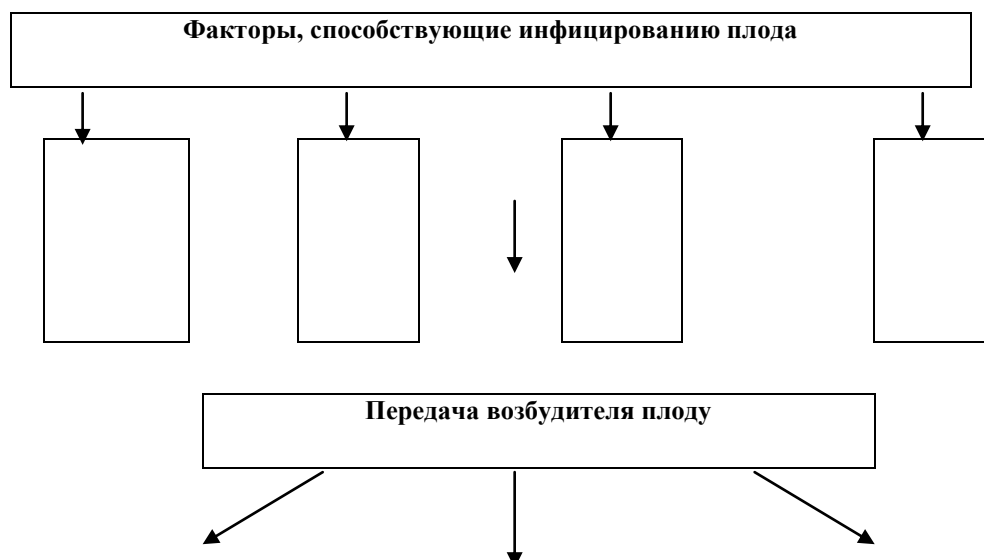
11. Вопросы профилактики и диспансерного наблюдения новорожденных, перенесших ВУИ. стент должен уметь: 1. Целенаправленно собрать анамнез. 2. Выявить основные симптомы различных видов ВУИ. 3. Провести объективное обследование новорожденных с подозрением на ВУИ. 4. Определить степень тяжести больного новорожденного. 5. Составить план обследования новорожденного правильно интерпретировать результаты обследования. 6. Проводить дифференциальную диагностику ВУИ. 7. На основании анамнез , данных объективного обследования и параклиники поставить диагноз согласно принятой классификации. 8. Составить план лечебных мероприятий, обосновать назначенную медикаментозную терапию. 9. Дать рекомендации для дальнейшего диспансерного наблюдения за новорожденным в поликлинике. 10. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	гинекологии и перинатологии.-Петрозаводск,1997 4. Шабалдин А.В. и др. - //Педиатрия 2000.-№3. - стр.38 5. Шабалов Н.П. - //Педиатрия. - 2000. - №1.- стр.87 6. Ожегов А. М. и др. -// Российский педиатрический журнал. - 2000.-№2.-стр.50 7. Яцык Г.В. - Педиатрия. - 2000. - №1.- стр.93 8. Ахмадеева Э. Н. и др. - Педиатрия. - 2000. - №3 - стр. 17 9. Попова И. А. и др. - Педиатрия. - 2000. - №3 - стр.26 10. Амирова В.Р. и др. - Педиатрия. - 2000. - №3 - стр.14 11. Протокол диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей - РАСПМ, М.,2001 12. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных, под ред. К.В. Орехова.-М.,2002 13. Перинатальные инфекции В.А. Цизерлинг, В.Ф.Мельникова.-СПб,2002 14. Основы перинатологии, под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева.- М., 2002 15. Врожденные и перинатальные инфекции, пер. с англ. А.В. Михайлов.- СПб., 2004
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

6) Дайте определение следующим терминам:

- Внутриутробная инфекция _____.
- Внутриутробное инфицирование _____.
- Дистрофия органов и тканей _____.

2) Составьте схему патогенеза внутриутробных инфекций:



3) Заполните таблицу, которая отражает дифференциальный диагноз манифестных форм специфических ВУИ.

признаки	Герпес (ВГИ)	краснуха	Цитомегалия (ЦМВИ)	токсоплазмоз	лиштерия
аборты, выкидыши, мертворождения, недоношенность	+	+	+	+	+
Р	+	+	++	+ -	+
поражения кожи и слизистых	Герпетические везикулы			Аллергическая сыпь, пятнисто-папулезная экзантема	Папулезная сыпь, гранулемы на слизистой зева
ухо					
кишечник					
печень					
сердечно-сосудистые расстройства					
гидроцефалия					
гидроцефалия					
цифаты мозга					
мония					
ит					
ингоэнцефалит					
роги					
ота					
оретинит					
такта					
ные аномалии					
госпленомегалия					
гит					
боцитопения					

5) Составьте 3 тестовых задания по следующему образцу:

- Клиническими проявлениями лиштерияозной инфекции у беременной могут быть

- 1) лихорадка
- 2) нефропатия
- 3) лимфаденопатия
- 4) пиелонефрит
- 5) ангина
- 6) повышение артериального давления

7) Дайте характеристику следующим синдромам:

- TORCH-синдром

_____.

- Кардиоваскулярный синдром.

- Гидроцефальный синдром.

- Инфекционно-токсический синдром.

8) Каковы лабораторные признаки ВУИ вирусной и бактериальной этиологии:

- В общем анализе крови:

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):

- Микробиологических пробах. -

- ИФА.

- ПЦР.

- Спинномозговой жидкости при ядерной желтухе.

- НСГ.

- ЭЭГ.

- РЭГ.

- ДЭГ.

8) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- врожденный токсоплазмоз, локализованная форма: менингэнцефалическая, острое течение.

• _____

• _____

9) Какие препараты используются для лечения:

• ЦМВ. _____

• Краснухи. _____

• герпес-вирусной
инфекции _____

• Токсоплазмоза. _____

• Листериоза. _____

10) Организация помощи новорожденным с различными формами ВУИ (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

11) К какой группе здоровья относятся дети различных форм ВУИ?

12) Составьте план диспансерного наблюдения за детьми с различными формами ВУИ.

14) Ситуационная задача:

Мальчик О., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 21 года. Беременность первая. В первом триместре у женщины отмечался подъем температуры до 38°C в течении 2 дней, заболевание сопровождалось мелкой розовой сыпью на туловище и конечностях, к врачу не обращалась. Роды на 38-й неделе. Масса тела при рождении - 2750г, длина тела 48см, закричал после отсасывания слизи, крик слабый, оценка по шкале Апгар 5-6 баллов, окружность головы - 32 см, грудной клетки - 33см. На коже туловища, конечностей отличалась геморрагическая сыпь в виде петехий и мелких экхимозов. Над областью сердца на верхушке выслушивался грубый систолический шум, в легких дыхание жесткое. Печень выступала из -под края ребра на 3см, селезенка - на 1 см. При осмотре выявлена катаракта.

В течение последующих суток состояние было тяжелым, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, одышка. Отличалась выраженная гипотония, гипорефлексия, пастозность тканей, отечность внизу живота. Печень и селезенка прежних размеров.

Задание:

1. О каком состоянии с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. В какой период внутриутробного развития плода могли возникнуть выявленные изменения?
3. Какие периоды внутриутробного развития плода вы знаете и чем они характеризуются?
4. Какое дополнительное обследование следует провести для развития ребенка по массо-ростовому показателю.
5. Назовите возможные причины появления геморрагической сыпи у этого ребенка.
6. Какие результаты можно ожидать при проведении ЭхоКГ?
7. Какие изменения можно выявить при проведении УЗИ органов брюшной полости и чем они обусловлены?
8. Что такое классическая триада Грегга?
9. Возможно ли назначение этиопатогенетического лечения данному ребенку? Какие результаты лечения можно

10. Возможна ли была внутриутробная диагностика этого заболевания? Как следует наблюдать женщину в схожей ситуации врачу женской консультации?

12. К какой группе здоровья можно отнести этого ребенка после выписки?

15) Составьте аналогичную ситуационную задачу по синдрому

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ:

1. Врожденный гепатит является проявлением

- 1) эмбриопатии
- 2) фетопатии

2. Микоплазма является причиной внутриутробной инфекции

- 1) верно
- 2) неверно

3. Инфицирование плода токсоплазмой возможно, если у беременной форма токсоплазмоза

- 1) острая
- 2) хроническая

4. Новорожденный с врожденной краснухой источником инфекции

- 1) является
- 2) не является

5. Передача цитомегаловирусной инфекции с донорской кровью

- 1) возможна
- 2) невозможна

6. Учитывая кровоток плода, при гематогенном пути инфицирования среди внутренних органов в первую очередь поражаются

- 1) печень
- 2) селезенка
- 3) головной мозг
- 4) легкие

7. Парезы, параличи чаще всего бывают исходом внутриутробного перенесенного

- 1) сифилиса
- 2) краснухи
- 3) токсоплазмоза

4) листериоза

8. Врожденный порок сердца чаще всего бывает при врожденном

- 1) листериозе
- 2) сифилисе
- 3) краснухе
- 4) токсоплазмозе

9. Контаминационный, восходящий путь инфицирования более характерен при внутриутробной инфекции для

- 1) токсоплазмы
- 2) листерий
- 3) вируса краснухи
- 4) цитомегаловируса

10. Для листериозной инфекции при внутриутробном инфицировании более характерно формирование

- 1) Эмбриопатий
- 2) Фетопатий

11. Развитие интерстициальной пневмонии чаще всего встречается при внутриутробной инфекции

- 1) сифилитической
- 2) токсоплазменной
- 3) цитомегаловирусной

12. При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита

- 1) характерно
- 2) нехарактерно

13. При врожденном сифилисе пузырьчатка на ладонях и стопах встречается

- 1) во всех случаях
- 2) не во всех случаях
- 3) не встречается

14. Клиническими проявлениями листериозной инфекции у беременной могут быть

- 1) лихорадка
- 2) нефропатия
- 3) лимфаденопатия
- 4) пиелонефрит
- 5) ангина
- 6) повышение артериального давления

15. Для лечения врожденного токсоплазмоза используют

- 1) дараприм
- 2) нистатин
- 3) бисептол
- 4) пенициллин
- 5) фуразолидон

16.

Внутриутробная инфекция

- 1) токсоплазмоз
- 2) сифилис
- 3) листериоз

Лечение

- а) ампициллин
- б) нистатин
- в) пенициллин
- г) дараприм
- д) фуразолидон
- е) эритромицин

17. Внутриутробная инфекция у новорожденного

1. цитомегаловирусная
2. сифилитическая
3. краснушная

Клинические проявления

- а) пузырьчатка на ладонях и стопах, ринит

- б) глухота, катаракта, микроцефалия, врожденный порок сердца
- в) гипотрофия, желтуха, гнойничковая сыпь на коже
- г) желтуха, анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия, геморрагическая сыпь на коже
- д) гнойное отделяемое из пупочной ранки, конъюнктивит, желтуха
- е) синдром Дауна

18. При врожденном листериозе инфицирование плода от больной матери чаще совершается _____ путем.

19. Для лабораторной диагностики врожденного сифилиса используется _____

20. Достоверным подтверждением цитомегаловирусной инфекции является обнаружение в осадках слюны и мочи специфических клеток, называемых _____

Эталоны ответов:

- | | |
|--------|------------------------|
| 1. -2 | 11. - 3 |
| 2. -1 | 12. -1 |
| 3. -1 | 13. -2 |
| 4. -1 | 14. -1,3,4,5 |
| 5. -1 | 15. -1,3 |
| 6. -1 | 16. - 1-г, 2-в, 3-а |
| 7. -3 | 17. -1-г,2-а, 3-б |
| 8. -3 | 18. - восходящим |
| 9. -2 | 19.-реакция Вассермана |
| 10. -2 | 20. - цитомегалами |

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №1.

(5 курс, X семестр)

ТЕМА: Родовые травмы.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Дайте определение родовой травмы мягких тканей, костно-суставной системе, спинальной родовой травме.
2. Наиболее частые причины развития родовых травм у новорожденных.
3. Патогенез развития различных форм родовых травм.
4. Клиническая картина различных форм родовых травм.

5. Современные протоколы лечения различных форм родовых травм у новорожденных.

2. Целевые задачи: Научить студента правильно оценивать клинические проявления родовой травмы и/или ВЧК, проводить дифференциальный диагноз между различными видами родовой травмы и геморрагических инсультов, своевременно назначить адекватные лечебно-профилактические мероприятия.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у доношенных и недоношенных новорожденных. 2. Основные виды поражений ЦНС: • патология черепно-мозговых нервов • травмы спинного мозга • внутричерепные кровоизлияния • гипоксически травматические поражения ЦНС 3. Предрасполагающие факторы, приводящие к церебральной патологии новорожденных. 4. Клиническую картину различных церебральных нарушений у новорожденных. 5. Дифференциальный диагноз между различными видами нарушений ЦНС. 6. Осложнения, развивающиеся при различных видах церебральных нарушений. 7. Современные принципы лечения различных нарушений ЦНС. 8. Профилактику различных видов церебральных нарушений, особенно натальных травм спинного мозга. 9. Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими церебральную патологию.	Основная 1. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник. т.1,2-СПб,2007. 2. Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4. Лекционный материал. 5. Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Родовые травмы». Дополнительная 1. Барашнев Ю.М. и др. «Диф. диагноз врожденных и наследственных заболеваний у детей». - М., 1984 2. Хасонов А.А. Родовая акушерская травма новорожденных Казань, 1992 3. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» — СПб., 1993 4. Ратнер А. Ю. «Неврология новорожденных». - М, 2005. 5. Основы перинатологии под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В.Цвелева.- М., 2003.
<u>Студент должен уметь:</u> 1. Правильно собрать анамнез. 2. Выявить патогномичные симптомы различных видов церебральной патологии. 3. провести объективное обследование новорожденных с различными видами поражения ЦНС. 4. Оценить степень тяжести церебральных нарушений у новорожденных. 5. Выделить характерные клинические симптомы родовой травмы черепа, спинного мозга, периферической нервной системы, а также гипоксически - ишемического поражения ЦНС, позволяющие правильно поставить диагноз. 6. Провести дифференциальный диагноз между различными видами церебральной патологии у новорожденных детей. 7. Составить план обследования и правильно интерпретировать результаты обследования. 8. Назначить правильное лечение. Наметить план реабилитационных мероприятий. Обосновать назначенную медикаментозную терапию. 9. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определение следующим терминам:

- Спинальная травма; _____

- Кефалогематома; _____

- Проксимальный акушерский паралич;

- Дистальный акушерский паралич.

2) Составьте схему патогенеза повреждений шейных корешков и плечевого сплетения при акушерском параличе нижнего типа.

3) Заполните таблицу по дифференциальному диагнозу травматических повреждений ЦНС.

Нозологическая форма	Основные клинические симптомы и синдромы
Эпидуральное кровоизлияние	• Ранняя внутричерепная гипертензия • Гипервозбудимость • Судороги • Иногда расширение зрачка на стороне кровоизлияния.
Субдуральное кровоизлияние	
Субтенториальное (инфратенториальное)	
Внутрижелудочковое кровоизлияние	
Парехиматозное кровоизлияние (геморрагический инфаркт)	
Субарахноидальное	
Кровоизлияние в спинной мозг с травмой или без травмы позвоночника	
Проксимальный парез Эрба-Дюшена	
Дистальный парез Дежерин-Клюмпке.	
Повреждение лицевого нерва	

4) Дайте характеристику следующим синдромам:

- Синдром Клода Бернара-Горнера.

- Синдрому Коферата.

5) Каковы лабораторные признаки родовой травмы спинного мозга:

- В общем анализе крови:

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):.....

- Микробиологических пробах.

- ИФА. _____

- ПЦР. _____

- Спинномозговой жидкости при ядерной желтухе. _____

- НСГ. _____

- ЭЭГ. _____

- РЭГ. _____

- ДЭГ. _____

6) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- Родовая травма позвоночника, кровоизлияние в спинной мозг, дистальный парез Дежерин-Клюмпке.
- _____

- _____

7) Какие препараты используются для лечения внутрижелудочкового кровоизлияния?

8) Организация помощи новорожденным с различными формами родовых травм (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

9) К какой группе здоровья относятся дети с внутричерепными кровоизлияниями?

10) Составьте план диспансерного наблюдения за детьми с различными формами родовых травм.

11) Ситуационная задача:

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 4200г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения ребенок беспокойный, гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25%: 0,5 мл в/м, фенотропилом 0,005х2 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 пуэральное. 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 2х2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орально-автоматизма, но ладонно-ротовой 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 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 +, спинальный рефлекс +.

Общий анализ крови: Нв - 221 г/л Эр- 6,5хЮ¹²/л, Ц.п. 1.97, лейкоц - 8,2х10⁹/л, п/я- 6%, с -56%, э - 1%, б - 1%, л- 30%, м -3%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямо -98 мкмоль/л, прямо - нет; мочевины - 4,0 мкмоль/л, калий - 6,0, натрий - 136 мкмоль/л. кальций - 1,05 мкмоль/л.

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

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Показано ли этой больной рентгенологическое обследование и какие изменения Вы ожидаете?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Нуждается ли данная больная в консультации хирурга?
6. Назначьте лечение.
7. Перечислите антибиотики, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер.
8. Используют ли лекарственный электрофорез у новорожденных с поражением ЦНС?
9. Каков прогноз у этого ребенка и от чего он будет зависеть?
10. Какие осложнения возможны?
11. Какие болезни занимают первые 3 места в структуре инвалидности с детства?
12. Какие осложнения возможны со стороны глаз у новорожденного, перенесшего гипоксию?
13. К какому возрасту заканчивается миелинизация нервных волокон пирамидного пути?

12) Составьте аналогичную ситуационную задачу по паренхиматозному кровоизлиянию.

13) Выпишите 4 препарата, улучшающих мозговое кровообращение и 4 препарата, обладающих антигеморрагическим действием.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

I. При церебральной ишемии I степени у новорожденного выявляются:

- 1) судороги, гипорефлексия, тремор рук
- 2) тремор рук, гиперрефлексия, мышечная дистония
- 3) мышечная дистония, гипотония, вялость

II. При церебральной ишемии II степени у новорожденного отмечается:

- 1) усиление рефлексов орального автоматизма
- 2) судороги
- 3) гипертонус мышц
- 4) гипорефлексия
- 5) вялость, адинамия

III. При церебральной ишемии III степени у новорожденного отмечается:

- 1) судороги
- 2) отсутствие рефлексов
- 3) гипертонус мышц
- 4) нарушение ритма дыхания и сердцебиения
- 5) гиперрефлексия

IV. Установите соответствие:

Заболевания

1) акушерский парез руки
типа Дюшенна-Эрба

2) остеомиелит плечевой кости

3) травма спинного мозга

Признаки

а) гипертонус мышц руки

б) диффузная мышечная
гипотония

в) выраженный болевой синдром

г) повышение сухожильных рефлексов

д) гипорефлексия

е) ротация руки внутрь

V. При внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных детей уровень белка в спинномозговой жидкости:

- 1) увеличивается
- 2) остается неизменным
- 3) уменьшается

VI. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния необходимо провести следующие обследования:

- 1) определить уровень сахара в крови
- 2) рентгенограмму черепа
- 3) НСГ (нейросонография)
- 4) люмбальную пункцию
- 5) ядерно-магнитный резонанс
- 6) исследовать глазное дно

VII. При исследовании спинномозговой жидкости у новорожденных с внутричерепным кровоизлиянием выявляется:

- 1) повышения уровня сахара
- 2) присутствие макрофагов
- 3) снижение уровня белка
- 4) появление эритроцитов
- 5) повышение уровня белка

VIII. При пери- и интравентрикулярных кровоизлияниях II-III степени в клинике у новорожденных выявляются следующие изменения:

- 1) гипертонус
- 2) судороги
- 3) тахикардия
- 4) выбухание и напряжение большого родничка
- 5) повышение двигательной активности

- 6) снижение гематокрита
- 7) мышечная гипотония
- 8) оживление безусловных рефлексов

IX. Развитие клинических проявлений при эпидуральных кровоизлияниях у новорожденных (установите правильную последовательность)

- 1) резкое беспокойство
- 2) кома
- 3) «светлый промежуток»

X. Какой из симптомов позволяет заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка

- 1) одышка
- 2) тремор конечностей
- 3) тахикардия
- 4) апноэ

XI. Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток

- 1) родовую травму ЦНС
- 2) порок развития головного мозга
- 3) метаболические нарушения
- 4) гнойный менингит

XII. Наиболее распространенным вариантом экстракраниальной родовой травмы у новорожденного является

- 1) родовая опухоль
- 2) перелом основания черепа
- 3) субапоневротическое кровоизлияние
- 4) кефалогематома

XIII. Характерным признаком кефалогематомы является:

- 1) флюктуация при пальпации
- 2) локализация над теменной костью
- 3) выраженная болезненность при пальпации
- 4) отчетливое отграничение по линии черепных швов

XIV. Какой должна быть врачебная тактика ведения детей с неосложненной кефалогематомой

- 1) провести гемотрансфузию
- 2) выполнить пункцию кефалогематомы, аспирировать содержимое и ввести антибиотики
- 3) назначить гемостатические препараты
- 4) динамическое наблюдение
- 5) выполнить рентгенографическое исследование

XV. Наиболее распространенными вариантами переломов костей черепа у новорожденных являются

- 1) вдавленные переломы теменной кости
- 2) линейные переломы теменной кости
- 3) переломы основания черепа
- 4) переломы решетчатой кости
- 5) переломы скуловой кости

XVI. Бессимптомное течение внутричерепного кровоизлияния у недоношенного ребенка наиболее часто отмечается при его следующем варианте

- 1) паренхиматозное кровоизлияние
- 2) субдуральное кровоизлияние
- 3) эпидуральное кровоизлияние
- 4) субарахноидальное кровоизлияние
- 5) внутрижелудочковое кровоизлияние
- 6) изолированное субэпендимальное кровоизлияние

XVII. Наиболее значимой в патогенезе внутрижелудочковых кровоизлияний морфологической особенностью незрелого мозга является

- 1) наличие герминативного матрикса
- 2) наличие перивентрикулярных венозных сплетений
- 3) незрелость стенки магистральных артериальных и венозных сосудов
- 4) избыточная рыхлость белого вещества в перивентрикулярных областях
- 5) повышенная проницаемость сосудов хлориоидальных сплетений

XVIII. Какие участки спинного мозга чаще всего повреждаются при родах в ягодичном предлежании

- 1) верхний и средний шейные
- 2) нижний шейный и верхний грудной
- 3) верхний грудной и средний грудной
- 4) нижний грудной и поясничный
- 5) поясничный и копчиковый

XIX. Какие акушерские манипуляции чаще всего вызывают родовые повреждения спинного мозга и его корешков при ягодичном и ножном прилежании

- 2) продольные и боковые тракции
- 3) тракции в сочетании
- 4) сгибание и компрессия
- 5) дистракция и компрессия

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I-2
II-2,4,5
III-1,2,4
IV-1 E, 2 B, 3B
V-
VI-3,4,5,6
VII-2,4,5
VIII-2,4,6,7
IX-3,1,2
X-4
XI-4
XII-1
XIII-4
XIV-4
XV-1,2
XVI-6
XVII-1
XVIII-2
XIX-1

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №2

(5 курс, X семестр)

ТЕМА: Сепсис у новорожденных детей.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение сепсиса у новорожденных.
2. Наиболее вероятная этиология сепсиса в зависимости от локализации первичного септического очага.
3. Патогенез развития сепсиса у новорожденных.
4. Клиническая картина сепсиса у новорожденных.
5. Современный алгоритм диагностики сепсиса.
6. Современные протоколы лечения сепсиса у новорожденных.

2. Целевые задачи: Научить студента правильно оценивать клиническую картину инфицирования, связать эти измерения с общим состоянием новорожденного и данными практического обследования, своевременно назначить адекватное лечение и профилактические мероприятия.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо - физиологические особенности организма новорожденного. 2. Современные этиологические факторы сепсиса. 3. Основные патогенетические механизмы развития сепсиса у новорожденных. 4. Современные представления о воспалительной реакции организма новорожденного. 5. Клинические проявления различных форм сепсиса у новорожденных. 6. Классификация сепсиса у новорожденных. 7. Возможные осложнения сепсиса у новорожденных. 8. Современную клинко-лабораторную диагностику сепсиса у новорожденных. 9. Дифференциальную диагностику сепсиса у новорожденных. 10. Современные схемы (протоколы) лечения сепсиса у новорожденных. 11. Вопросы профилактики и диспансерного наблюдения новорожденных, перенесших сепсис.	Основная 1.Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник.т.1,2-СПб,2007. 2.Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцк. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4.Лекционный материал. 5.Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Сепсис у новорожденных детей». Дополнительная 1. Дэвис П.А. и др. «Бактериальная инфекция плода и новорожденных» - М, 1987г. 2. Красовская Т.В., Белобородова Н. В. «Хирургическая инфекция новорожденных» - М, 1993г. 3. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993 4. Шабалов Н.П., Маркова И.В. Антибиотики и витамины в лечении новорожденных.-СПб., 1993г. 5. Гомелла Т. Л., Каннингем М.Д. «Неонатология» - М, 1995г 6. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции под ред. А. Гриноу и др.-М., 2000г. 7. Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у детей,- М.,2001 8. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных.-М., 2002г. 9. Володин Н.Н., Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. и др. «Сепсис новорожденных и доказательная медицинская практика – новый подход к повышению качества медицинской помощи», - Педиатрия №5 – 2003г. 10. Ю.С.Акоев, Г.В.Яцк и др.//Вопросы современной педиатрии.-2003.-т.1 №5. 11. Самсыгина Г.А., Дискуссионные вопросы классификации, диагностики и лечения сепсиса в педиатрии – Педиатрия №3, 2003
Студент должен уметь: 1. Правильно собрать анамнез. 2. Выявить основные симптомы сепсиса. 3. Провести объективное обследование новорожденного с сепсисом. 4. Определить степень тяжести заболевания. 5. Составить план обследования и уметь правильно интерпретировать результаты обследования. 6. Проводить дифференциальную диагностику между различными формами инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 7. На основании анамнеза, данных объективного исследования и параклиники поставить диагноз. 8. Составить план лечебных мероприятий, обосновать назначенную медикаментозную терапию. 9. Дать рекомендации для дальнейшего диспансерного наблюдения за новорожденными в поликлинике. 10. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

10. Дайте определение следующим терминам:

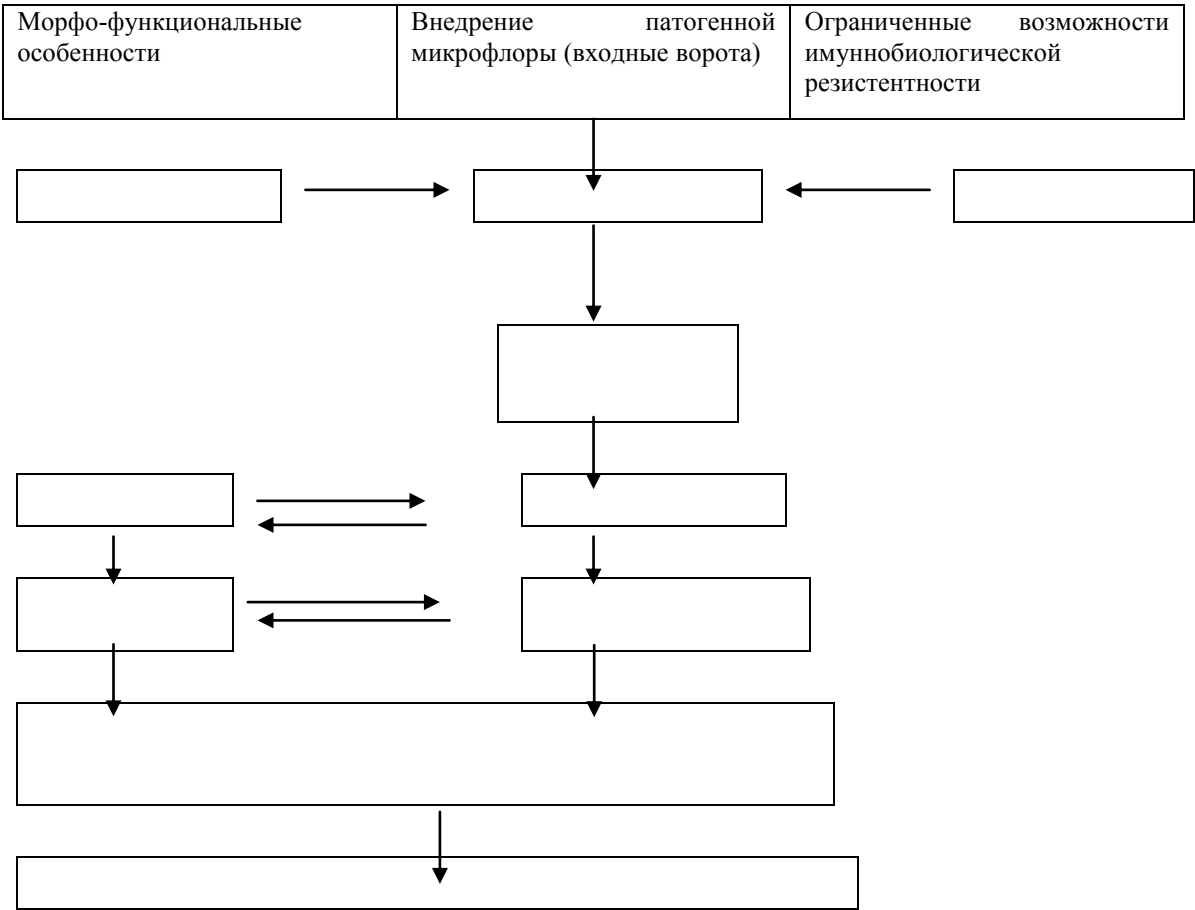
- Преморбидный фон

_____;
- Иммунодефицит

_____;
- Инфекционно-токсический шок

_____.

2) Составьте схему патогенеза сепсиса в зависимости от характера и природы иммуносупрессии.



3) Заполните таблицу, которая отражает дифференциальный диагноз септицемической и септикопиемической форм сепсиса.

Признак	Септицемия	Септикопиемия
Течение	Как правило, острое, часто молниеносное	Чаще подострое и затяжное
Соотношение местных и общих симптомов заболевания		

Наличие местных гнойно-воспалительных очагов		
Бактериологическое исследование крови и очага воспаления		
Преморбидный фон		
Период инфицирования		
Летальность		

4) Дайте диагностическую программу для выявления сепсиса:

минимальная

максимальная



5) Опишите лечебно-организационные мероприятия при сепсисе.

Организационные мероприятия	Лечебные мероприятия	Контроль эффективности
Изучение генеалогического, акушерского, постнатального анамнеза	Госпитализация в изолированном, желательном (гнотобиологическое ведение) боксе, с обеспечением матери в выхаживании больного.	Нормализация клинικο-функционального состояния (уменьшение и исчезновение патологических синдромов и симптомокомплексов, санация гнойных очагов).
Установление и устранение причин, вызвавших заболевание.		
Определение клинической формы сепсиса, этиологии, клинικο-патофизиологических синдромов.		
Организация режима больного ребенка.		
Организация эффективности комплексной терапии.		
Определение показаний для консультации специалистами (реаниматолог, детский хирург,		

невропатолог, ЛОР-врач и др.).		
--------------------------------	--	--

6) Дайте характеристику следующим синдромам:

- Гиповолемии

_____;

- Полиорганной системной недостаточности

- «Септическому хабитусу».

7) Каковы лабораторные признаки молниеносного сепсиса?

- В общем анализе крови:

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):

- Микробиологических пробах.

- ИФА.

- ПЦР

_____.

- Спинномозговой жидкости при менингоэнцефалите.

- НСГ.

- ЭЭГ.

- РЭГ.

- ДЭГ.

8) Составьте две примерные формулировки диагноза граммотрицательного сепсиса по предлагаемому образцу:

- Стафилококковый пупочный сепсис -септикопиемическая форма (гнойный омфалит, остеомиелит правого плеча, язвенно-некротический энтероколит), острое течение, ДВС-синдром.
- _____

- _____

9) Какие препараты используются для лечения сепсиса?

10) Организация помощи новорожденным с различными формами сепсиса (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

11) К какой группе здоровья относятся дети различных форм сепсиса?

12) Составьте план диспансерного наблюдения за детьми с различными формами сепсиса.

13) Ситуационная задача:

У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34 неделе беременности с массой тела 2270г, ростом 44см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе 400г, однократно рвота "кофейной гущей".

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в 5 точке. ЧСС 160 уд/мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка+ 1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью. В неврологическом статусе: взор "плавающий", крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1х1см, не напряжен.

Общий анализ крови: Нв-150г\л, лейкоц-26,3х10⁹\л, миелоциты-6%, п\я-17%, с- 50%, л-17%, м-4%, СОЭ-30мм\час.

Кислотно-основное состояние крови: рО₂-36,2мм.рт.ст., рСО₂-44,6 мм. рт.ст., рН-7,30, ВЕ- -10,2ммоль\л.

Посев на микрофлору: из зева- густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса- золотистый стафилококк.

Рентгенограмма: на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на тени). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

1. О каком заболевании идет речь? Ваш диагноз?
2. Какие клинические синдромы вы можете выделить в течении заболевания у данного ребенка?
3. С чем связано появление геморрагического синдрома в данном случае?
4. Каков генез систолического шума у данного ребенка?
5. Как лабораторно вы можете подтвердить ваш предполагаемый диагноз?
6. Какие инструментальные методы обследования необходимы?
7. Показана ли ребенку люмбальная пункция?
8. Наметьте основные принципы антибактериальной терапии данной патологии?
9. В какой посиндромной терапии нуждается ребенок?
10. Какие препараты показаны для купирования геморрагического синдрома?
11. Какие могут быть осложнения основного заболевания у данного ребенка?
12. Каковы особенности течения данного заболевания у недоношенных?
13. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

[illegible]

Тестовый контроль

I. Переваривающая активность фагоцитов при сепсисе новорожденных

- 1) значительно повышена
- 2) резко снижена
- 3) не изменена

II. Клеточный иммунитет при сепсисе новорожденных

- 1) угнетен
- 2) активизиран
- 3) не изменен

III. При сепсисе новорожденных при постановке теста с нитросиним тетразолием (НСТ-тест) положительную реакцию дают

- 1) до 10% нейтрофилов и моноцитов
- 2) до 70% нейтрофилов и до 60% моноцитов
- 3) более 70% нейтрофилов и более 60% моноцитов

IV. В лечении сепсиса новорожденных используются следующие принципы

- 1) инфузионная, антибактериальная, иммунодепрессивная терапия
- 2) инфузионная, антибактериальная, иммунокоррирующая терапия
- 3) инфузионная, антибактериальная терапия, гепатопротекторы

V.K септическим очагам у новорожденных относятся

- 1) менингит
- 2) конъюнктивит
- 3) отит
- 4) остеомиелит
- 5) абсцедирующая пневмония
- 6) бронхопневмония

VI. Клиника периода инфекционного токсикоза при сепсисе новорожденных характеризуется

- 1) серым оттенком кожных покровов
- 2) выраженной гипотрофией
- 3) появлением септикопиемического очага
- 4) выраженными гемодинамическими расстройствами
- 5) выраженной спленомегалией
- 6) изменением температуры тела (гипер- или гипотермией)
- 7) плоской весовой кривой
- 8) умеренным увеличением размеров печени

VII. Для биохимического анализа крови в период инфекционного токсикоза при сепсисе новорожденных характерны:

- 1) резкое повышение уровня С-реактивного белка

- 2) гипокальциемия
- 3) повышение показателя дифеламиновой пробы
- 4) повышение уровня холестерина
- 5) повышение уровня серомукоида
- 6) понижение уровня холестерина
- 7) гипофосфатемия
- 8) диспротеинемия

VIII. При сепсисе новорожденных с антибактериальной целью используются

- 1) пенициллин и его производные
- 2) тетрациклины
- 3) цефалоспорины
- 4) макролиды
- 5) аминогликозиды
- 6) сульфаниламиды

IX. Клинические формы сепсиса новорожденных

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 1) септицемия | а) гнойные очаги, отсутствие |
| 2) септикопиемия | инфекционного токсикоза |
| | б) выраженный инфекционный |

токсикоз, один или несколько гнойных очагов

в) выраженный инфекционный токсикоз
отсутствие гнойных очагов

X. Течение сепсиса новорожденных

- 1) молниеносное
- 2) острое
- 3) затяжное

- а) 1 день
- б) 3-7 дней
- в) 10-14 дней

- г)
- д)
- е)

- 3 нед
- 4-6 нед
- 6-8 нед

XI. Группы антибиотиков, применяемых при сепсисе новорожденных

- 1) пенициллин и его производные
- 2) цефалоспорины
- 3) аминогликозиды

- | | |
|----------------|---------------|
| а) эритромицин | б) гентамицин |
| | в) ампиокс |
| г) | линкомицин |
| д) | левомецетин |
| е) | дардум |

Препараты

XII. Тяжелым генерализованным гнойно-воспалительным заболеванием, характеризующимся полиэтиологичностью, наличием входных ворот инфекции, снижением реактивности организма, называется _____

XIII. Пупочная ранка может явиться _____ при сепсисе новорожденных.

XIV. Антибактериальные препараты Дозы, применяемые у новорожденных при менингите (в мг/кг/сут)

- | | |
|---------------|------------|
| 1) ампиокс | а) 10-15 |
| 2) цефотаксим | б) 50-70 |
| 3) гентамицин | в) 100-150 |
| г) | 300-400 |
| д) | 600-800 |

XV. Какой из факторов неспецифического иммунитета играет ведущую роль в защите слизистых оболочек от патогенной микрофлоры.

- 1) интерферон
- 2) лизоцим

- 3) пропердин
- 4) система комплимента

XVI. Назовите показания к назначению гидрокортизона у новорожденных с сепсисом

- 1) наличие инфекционного токсикоза
- 2) развитие септического шока
- 3) развитие ДВС-синдрома
- 4) все перечисленные

XVII. Чем объясняется развитие кожных геморрагических проявлений при сепсисе

- 1) сенсibilизацией организма ребенка
- 2) развитием ангиитов и тромбоваскулитов
- 3) нерациональной антибактериальной терапией
- 4) повышенной ломкостью сосудов

XVIII. Назовите основной дифференциально-диагностический признак сепсиса

- 1) множественные, последовательно возникающие очаги инфекции
- 2) нарушения иммунитета и глубокие изменения гемостаза
- 3) тяжелое поражение ЦНС
- 4) выраженный кишечный синдром

XIX. Какая локализация очага остеомиелита наиболее характерна для грамотрицательной флоры

- 1) эпифизы трубчатых костей
- 2) метафизы трубчатых костей
- 3) нижняя челюсть
- 4) все перечисленные

XX. Какое течение свойственно остеомиелиту грамотрицательной этиологии

- 1) острое, с отчетливо выраженным артритом
- 2) молниеносное
- 3) вялотекущее, без отчетливо выраженного артрита и с неяркими рентгенологическими признаками
- 4) все варианты встречаются одинаково часто

XXI. При какой этиологии сепсиса наиболее выражены изменения в лейкоцитарной формуле крови

- 1) грам-отрицательной
- 2) грам-положительной
- 3) грибковой
- 4) зависимость от возбудителя отсутствует

XXII. При каком ведущем септическом очаге электролитные нарушения наиболее выражены

- 1) при флегмоне
- 2) при энтероколите
- 3) при деструктивной пневмонии
- 4) при гнойном менингите

XXIII. Назовите клинические симптомы сепсиса у новорожденных детей

- 1) наличие множества гнойных очагов
- 2) тяжелая сердечная недостаточность
- 3) гипертермия, угнетение сознания, диспепсические расстройства
- 4) нарушение терморегуляции, диспепсические расстройства, неврологические симптомы, нарушение свертываемости крови и ОЦК

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I-2

II-1

II-3

IV-2

V-1,4,5

VI-1,3,4,6,7,8

VII-1,3,5,6,8

VIII-1,3,5

IX-1 в,2 б

X-1 б, 2д, 3 е

XI-1 в,2 е, 3 б

XII-сепсис

XIII-входными воротами

XIV-1 г, 2 в,3 а

XV-2

XVI-2

XVII-2

XVIII-2

XIX-2

XX-3

XXI-2

XXII-2

XXIII-4

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №3

(5 курс, X семестр)

ТЕМА: Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки, пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний.
2. Наиболее частые причины развития локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний.
3. Патогенез развития локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний вирусной и бактериальной этиологии.
4. Клиническая картина различных форм локальных гнойно-воспалительных заболеваний различной этиологии.
5. Современные протоколы лечения локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний.

2. Целевые задачи: Научить студента правильно оценивать изменения кожи, подкожно-жировой клетчатки, пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов, тактике лечения и методам профилактики ИВЗ.

Студент должен знать:	Литература:
12. Анатомо - физиологические особенности организма новорожденного. 13. Современные этиологические факторы инфекционно-воспалительных заболеваний. 14. Основные патогенетические механизмы развития инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 15. Современные представления о воспалительной реакции организма новорожденного. 16. Клинические проявления различных форм инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 17. Классификацию инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 18. Возможные осложнения инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 19. Современную клинико-лабораторную диагностику инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 20. Дифференциальную диагностику инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 21. Современные схемы (протоколы) лечения инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. 22. Вопросы профилактики и диспансерного наблюдения новорожденных, перенесших инфекционно-воспалительные заболевания.	Основная 1.Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник.т.1,2-СПб,2007. 2.Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4.Лекционный материал. 5.Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки, пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов». Дополнительная 1. Дэвис П.А. и др. «Бактериальная инфекция и новорожденных» - М, 1987г. 2. Красовская Т.В., Белобородова Н. В. «Хирургическая инфекция новорожденных» - М, 1993г. 3. Шабалов Н.П., Маркова И.В. Антибиотики и витамины в лечении новорожденных.-СПб., 1993г. 4. Гомелла Т. Л., Каннингем М.Д. «Неонатология» - М, 1995г 5. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции под ред. А. Гриноу и др.-М., 2000г. 6. Шабалдин А.В. и др. - Педиатрия - 2000 - №3 - стр.38. 7. Михеева И.Г. и др. - Российский педиатрический журнал.- 2000.-№ 1 стр. 54. 8.Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных.-М., 2002г. 9.Ю.С.Акоев, Г.В.Яцык и др.//Вопросы современной педиатрии.-2003.-т.1 №5.
Студент должен уметь: 11. Правильно собрать анамнез. 12. Выявить основные симптомы инфекционно-воспалительных заболеваний кожи и пупка. 13. Провести объективное обследование новорожденного с заболеваниями кожи и пупка. 14. Определить степень тяжести инфекционно-воспалительного заболевания. 15. Составить план обследования и уметь правильно интерпретировать результаты обследования. 16. Проводить дифференциальную диагностику между различными формами инфекционно-	

воспалительных заболеваний у новорожденных. 17. На основании анамнеза, данных объективного исследования и параклиники поставить диагноз. 18. Составить план лечебных мероприятий, обосновать назначенную медикаментозную терапию. 19. Дать рекомендации для дальнейшего диспансерного наблюдения за новорожденными в поликлинике. 20. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

6. Дайте определение следующим терминам:

- Везикулопустулез

_____:

- Эпидемическая пузырчатка новорожденных:

- Эксфолиативный дерматит Риттера;

- Псевдофурункулез Фигнера;

2) Составьте схему патогенеза развития локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний, исходя из того, что очаг воспаления локализуется в сосудах.

3) Заполните таблицу, которая отражает классификацию локализованных гнойных инфекций новорожденных.

Возбудитель	Клинические формы				
	пупочные	кожные	поражение подкожной клетчатки	железистые	другие
Стафилококк	По характеру воспалительного	Пиодермия:	Паронихия	Мастит	Остеомиелит (одной

	процесса: -Омфалит катаральный, гнойный, некротический	-Везикулопустулез			кости)
Стрептококк					
Кишечная палочка					
Протей					
Другие микробы					
Смешанная бактериальная флора					

4) Составьте диагностическую программу (минимальную, максимальную) для выявления гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей.

5) Каковы неспецифические признаки пневмонии у недоношенных детей?

6) Дайте характеристику следующим синдромам:

- Инфекционно-токсическому шоку II-III степени.

- Флегмоне новорожденных.

7) Каковы лабораторные признаки стафило-, стрептодермий у новорожденных?

- В общем анализе крови: _____

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):

- Микробиологических пробах.

- ИФА.

- ПЦР.

- НСГ.

- ЭЭГ.

- РЭГ.

- ДЭГ.

- Рентгенологические.

8) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- Локализованная гнойная инфекция новорожденного. Пиодермия.
- Локализованная гнойная инфекция новорожденного. Двусторонний гнойный конъюнктивит.
- _____

- _____

9) Какие препараты используются для местного лечения локальных гнойных инфекций?

10) Организация помощи новорожденным с различными локализованными формами гнойной инфекции (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

11) К какой группе здоровья относятся дети с различными формами локализованных гнойных инфекций?

12) Составьте план диспансерного наблюдения за детьми с различными формами локализованной гнойной инфекции.

13) Ситуационная задача:

Задача №2

У ребенка от матери, страдающей маститом, на 15 день жизни появилось в большом количестве папулезные высыпания красного цвета на коже туловища, в паховых и подмышечных складках. На следующий день в центре высыпаний появились белые включения. Высыпания распространились на кожу головы. Ребенок стал вялым, отказался от еды. однократно отмечалась рвота, появилась температура до субфебрильных цифр.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что явилось причиной данного заболевания?
3. Охарактеризуйте высыпания при этом заболевании.
4. Каково течение данного заболевания?
5. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

- 14) Составьте аналогичную ситуационную задачу по синдрому**

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface. The top edge of the paper is slightly irregular, like a torn piece of paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

I. Первичным элементом везикулопустулеза новорожденных является

- 1) пятно
- 2) пузырек
- 3) эрозия

II. Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется наличием

- 1) вялых пузырей
- 2) бугорков
- 3) напряженных пузырьков

III. Для эксфолиативного дерматита Риттера у новорожденных симптом Никольского

- 1) характерен
- 2) не характерен

IV. Первичным элементом флегмоны новорожденных является

- 1) вялый пузырь
- 2) эрозия
- 3) пятно с четкими краями

V. В следствие перенесенной флегмоны новорожденных изменения на коже

- 1) остаются
- 2) не остаются

VI. При гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных в гемограмме чаще отмечается

- 1) лейкоцитоз
- 2) лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево
- 3) лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево, анемия

VII. Физиотерапевтические методы лечения при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных

- 1) используются
- 2) не используются

VIII. При гнойном омфалите новорожденных местно используют

- 1) 3% раствор перекиси водорода
- 2) 3% раствор перекиси водорода, 2% спиртовой раствор бриллиантового зеленого
- 3) 3% раствор перекиси водорода, 2% спиртовой раствор бриллиантового зеленого, ляпис

IX. При гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных купание

- 1) показано
- 2) не показано

X. Инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки новорожденных являются

- 1) склерема
- 2) везикулопустулез
- 3) адипонекроз
- 4) токсическая эритема
- 5) эпидемическая пузырчатка
- 6) эксфолиативный дерматит Риттера
- 7) буллезный эпидермолиз
- 8) некротическая флегмона

XI. Эпидемическую пузырчатку новорожденных дифференцируют

- 1) с врожденным ихтиозом
- 2) с буллезным эпидермолизом
- 3) с флегмоной новорожденных

- 4) с сифилитической пузырчаткой
- 5) с эксфолиативным дерматитом Риттера
- 6) с адипонекрозом
- 7) с везикулопустулезом
- 8) с некротическим омфалитом
- 9) с кистами желчного и мочевого протоков
- 10) с флегмозным омфалитом

XII.К инфекционным заболеваниям пупочного канатика, пупочной раны и пупочных сосудов у новорожденных относятся

- 1) амниотический пупок
- 2) мокнущий пупок
- 3) фунгус пупка
- 4) свищи желчного и мочевого протоков
- 5) гнойный омфалит
- 6) флебит пупочной вены
- 7) гангрена пупочного канатика
- 8) некротический омфалит
- 9) кисты желчного и мочевого протоков
- 10) флегмозный омфалит

XIII.Заболевания новорожденных

- 1) мокнущий пупок
- 2) гнойный омфалит
- 3) фунгус пупка
- 4) флебит пупочной вены

Признаки

- а) грибовидная опухоль на дне пупочной раны
- б) отек и гиперемия книзу от пупочной раны
- в) серозное отделяемое из пупочной раны
- г) отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
- д) язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями в пупочной ране
- е) положительный симптом Краснобаева

XIV.Стадии эксфолиативного дерматита Риттера

- 1) эксфолиативная
- 2) регенеративная
- 3) эритематозная

XV.К грамположительным микроорганизмам, вызывающим гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных относятся

- 1) протей
- 2) стафилококки
- 3) хламидии
- 4) синегнойная палочка
- 5) стрептококки
- 6) клебсиелла
- 7) микоплазма

XVI. К грамотрицательным микроорганизмам, вызывающим гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных, относятся

- 1) протей
- 2) стафилококки
- 3) хламидии
- 4) синегнойная палочка
- 5) стрептококки
- 6) клебсиелла
- 7) микоплазма

XVII.Среди локальных гнойных заболеваний у недоношенных детей чаще всего встречается:

- 1) везикулопустулез
- 2) флегмона
- 3) омфалит
- 4) пиелонефрит

XVIII. Какое из перечисленных гнойно-воспалительных заболеваний чаще встречается у недоношенных новорожденных

- 1) флегмона
- 2) остеомиелит
- 3) пемфигус
- 4) рожистое воспаление

XIX. Укажите наиболее частую локализацию гнойного очага при пупочном сепсисе

- 1) пупочная ранка
- 2) околопупочная область
- 3) пупочные сосуды
- 4) передняя брюшная стенка

XX. Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей

- 1) пемфигус
- 2) везикулопустулез
- 3) болезнь Риттера
- 4) псевдофурункулез

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- I -(2)
II -(1)
III -(1)
IV - (3)
V -(1)
VI - (2)
VII - (1)
VIII- (2)
IX - (1)
X- (2,5,6,8)
XI - (2,4,5,7)
XII - (2,3,5,6,7,8,10)
XIII (1-B,2-Г,3-A,4-E)
XIV (3,1,2)
XV (2,5)
XVI(1,4,6)
XVII (3)
XVIII(2)
XIX (3)
XX (2)

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №4.

(5 курс, X семестр)

ТЕМА: Пневмонии у новорожденных детей.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Наиболее частые причины развития врожденных пневмоний.
2. Патогенез развития пневмоний новорожденных различной этиологии.
3. Клиническая картина пневмоний новорожденных различной этиологии.
4. Современные протоколы лечения пневмоний новорожденных.

2. Целевые задачи: Научить студента оценивать изменения, происходящие в организме новорожденного ребенка при пневмонии, связать эти изменения с общим состоянием ребенка, правильно поставить диагноз, своевременно назначить адекватное лечение.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у новорожденных. 2. Основные этиологические факторы пневмонии у новорожденных. 3. Основные патогенетические механизмы, лежащие в основе развития пневмоний у плода и/или новорожденного. 4. Клиническую картину внутриутробных и постнатальных пневмоний у новорожденных. 5. Клинико-лабораторные критерии диагностики пневмоний у новорожденных. 6. Современные методы обследования новорожденных с пневмонией. 7. Этапы и последовательность лечения новорожденных с внутриутробной и/или постнатальной пневмонией. 8. Профилактику развития пневмоний у новорожденных. 9. Последующее диспансерное наблюдение детей, перенесших пневмонию в периоде новорожденности.	Основная 1. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник. т.1,2-СПб,2007. 2. Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой. - Иваново,2003. 4. Лекционный материал. 5. Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Пневмонии у новорожденных детей». Дополнительная 1. Кочи М.Н. и др. «Клиническая патология беременности и новорожденного» - М, 1987 2. Маркова В.И., Шабалов Н.П. «Клиническая фармакология новорожденных» - СПб., 1993 3. Пневмонии у детей. под ред Ю.Е Вельтищева, С. Ю. Коганова.- М., 1995 4. Володин Н.Н. «Принципы ведения новорожденных с РДС»./Методические рекомендации. - М.,1997 5. Антонов А. Т. «Внутриутробная пневмония». Методические рекомендации. — М.,1997 6. Внутриутробная пневмония. Методические рекомендации - М., 1997.-20с 7. Н. П. Шабалов, И.В. Маркова Антибиотики и витамины в лечении новорожденных.- СПб., 1999 8. Современная терапия в неонатологии.- М., 2000г.
<u>Студент должен уметь:</u> 21. Собрать целенаправленно анамнез, выделить факторы риска. 22. Выявить патогномичные симптомы заболеваний. 23. Провести объективное обследование новорожденных с пневмонией. 24. Оценить степень тяжести респираторных нарушений и общего состояния новорожденных с	

пневмонией. 25. Выделить характерные для различных форм пневмоний клинические проявления. 26. Составить план обследования и правильно интерпретировать результаты обследования. 27. Проводить дифференциальный диагноз между различными видами респираторных нарушений у новорожденных детей. 28. Назначить правильное лечение. Обосновать назначенную медикаментозную терапию. 29. Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.	9. Основы перинатологии под ред. Н.П. Шабалова и Ю.В.Цвелева.- М., 2003 г. 10. Г.М. Дементьева Болезни бронхолегочной системы у новорожденных (Лекция для врачей).- М.,2004г.
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

7. Дайте определение следующим терминам:

- Ранней неонатальной пневмонии.

- Пневмопатии.

- Тимпанит.

- «Ватная» рентгенограмма.

2) Составьте схему патогенеза пневмонии, исходя из того, что у ребенка имеет место смешанный ацидоз на фоне общего токсикоза.

3) Заполните таблицу, которая отражает дифференциальный диагноз пневмоний.

Признаки	пневмонии	пневмопатии	пороки развития	травмы
----------	-----------	-------------	-----------------	--------

			легких и сердца	ЦНС
дыхательная недостаточность	выраженная	выраженная	умеренная	Умеренная или отсутствует
цианоз	носогубного треугольника	акроцианоз	тотальный цианоз или акроцианоз	отсутствует
перкуторный звук				
тоны сердца				
Рентгенограмма				
Ацидоз				
формула крови				

4) Дайте характеристику следующим синдромам:

- интоксикационному

_____;
_____;

- синдрому декомпенсации кровообращения

_____;
_____;

- ассоциированной с ИВЛ пневмонии

_____;

5) Каковы лабораторные признаки внебольничной атипичной пневмонии, врожденной пневмонии, вирусной пневмонии?

- В общем анализе крови:

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):

- Микробиологических пробах

_____.

- ИФА

_____.
- ПЦР

_____.
- НСГ

_____.
- ДЭГ

_____.
- Рентгенограммы

_____.

6) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- Внутриутробная бактериальная мелкоочаговая пневмония, средне тяжелая, острый период, ДН-II, или кардиореспираторный синдром.
- _____

- _____

7) Какие препараты используются для лечения:

- Микоплазменных и грибковых пневмоний?

8) Организация помощи новорожденным с различными формами пневмоний (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

9) К какой группе здоровья относятся дети различных форм пневмоний.

[illegible]

Ребенку Д. 8 дней. От 2 беременности, протекавшей с неоднократными ОРВИ, последний раз за 3 недели до родов. Роды на 40 неделе, в головном предлежании, с массой 3000 гр, дл. -51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Околоплодные воды грязные, зловонные. На 3-4 день жизни у ребенка отмечается вялость, кожные покровы с сероватым оттенком, цианоз вокруг носогубного треугольника. Дыхание через нос несколько затруднено. Грудная клетка правильной формы, перкуторно: звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое, ЧД-68 в мин. При глубоком вдохе аускультативно- единичные влажные хрипы. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Печень + 2 см. Температура тела - 37,2⁰С.

Рентгенограмма грудной клетки: на фоне умеренного вздутия легких и усиления сосудистого и интерстициального рисунка выявляются очаги с повышенной прозрачностью и перифокальной воспалительной реакции.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. Какие клинические симптомы подтверждают ваш диагноз?
4. Оцените полученные лабораторные данные
5. Какие дополнительные исследования вы назначили бы данному ребенку?
6. Определить степень тяжести ДН.
7. Назовите основные звенья патогенеза данного заболевания.
8. С какими заболеваниями следует дифференцировать это состояние?
9. Какими клиническими симптомами характеризуется острая фаза воспаления?
10. Назначьте лечение.
11. Каков прогноз у данного ребенка?
12. Можно ли привить его вакциной БЦЖ? Когда?

[illegible]

13) Выпишите 4 рецепта по антибиотикам различных классов и 3 рецепта по иммуномодулирующим препаратам.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

I. Вирусно-бактериальный характер пневмонии новорожденных чаще встречается в период

- 1) ранний неонатальный
- 2) поздний неонатальный

II. Микоплазменная этиология пневмонии у новорожденных

- 1) встречается
- 2) не встречается

III. Аспирационная интранатальная пневмония чаще вызывается микроорганизмами

- 1) грамотрицательными
- 2) грамположительными

IV. При пневмонии новорожденных кашель

- 1) характерен
- 2) не характерен

V. При пневмонии новорожденных в легких мелкопузырчатые влажные хрипы выслушиваются

- 1) постоянно
- 2) непостоянно

VI. При пневмонии новорожденных при перкуссии притупление легочного звука можно определить

- 1) во всех случаях
- 2) не во всех случаях

VII. На рентгенограмме грудной клетки при пневмоцистной пневмонии обнаруживается

- 1) массивное снижение прозрачности легочной ткани
- 2) облакоподобные рассеянные тени
- 3) усиление легочного рисунка

VIII. При пневмонии новорожденных увеличение количества лейкоцитов и сдвиг лейкоцитарной формулы влево являются

- 1) характерными
- 2) нехарактерными

IX. Аспирационная интранатальная пневмония новорожденных чаще локализуется в легких

- 1) справа, в средних отделах
- 2) слева, по всей поверхности
- 3) двусторонняя

X. Для лечения микоплазменной пневмонии наиболее эффективным является

- 1) пенициллин
- 2) эритромицин
- 3) гентамицин
- 4) линкомицин

XI. Этиологическими факторами пневмонии новорожденных являются

- 1) вирусы
- 2) гипотрофия
- 3) бактерии
- 4) гипоксия
- 5) микоплазма
- 6) пневмопатии

XII. Клинические симптомы тяжелой дыхательной недостаточности при пневмонии новорожденных проявляются

- 1) выраженной одышкой
- 2) генерализованным цианозом
- 3) тахикардией
- 4) гипотонией
- 5) гипорефлексией
- 6) повышением АД

XIII. Основными факторами пневмонии новорожденных являются

- 1) очаговая
- 2) сегментарная
- 3) крупозная
- 4) интерстициальная

XIV. При пневмонии новорожденных основными исследованиями являются

- 1) анализ периферической крови
- 2) люмбальная пункция
- 3) рентгенограмма грудной клетки
- 4) нейросонография
- 5) мазок из зева на флору и чувствительность к антибиотикам

XV. Пневмонию новорожденных необходимо дифференцировать прежде всего

- 1) с отчетно-геморрагическим синдромом
- 2) с перинатальной энцефалопатией
- 3) с первичными ателектазами
- 4) с аспирационным синдромом

5) с энтероколитом

XVI. Для лечения бактериальной пневмонии новорожденных используют

- 1) оксациллин
- 2) ампициллин
- 3) мономицин
- 4) тетрациклин
- 5) цефамезин
- 6) стрептомицин

XVII. Пневмония новорожденных

- 1) микоплазменная
- 2) пневмококковая
- 3) пневмоцистная

Наиболее эффективные средства

- а) фуразолидон
- б) гентамицин
- в) эритромицин

XVIII. Для подтверждения диагноза пневмонии обязательным является _____ исследование

XIX. Пневмония, развивающаяся на фоне гнойно-септической инфекции у новорожденного, по локализации чаще является _____

XX. Диагноз внутриутробной пневмонии правомочен, если подтвержден в течение _____ сут. жизни.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I-2
II-1
III-1
IV-2
V-2
VI-2
VII-2
VIII-2
IX-1
X-2
XI-1,3,5
XII-1,2,4,5
XIII-1,2,4
XIV-1,3,5
XV-1,3,4
XVI-1,2,5
XVII-1B,2Д,3А
XVIII-рентгенологическое
XIX-двусторонней
XX-первых трех суток.

Задания для самостоятельной работы студентов

педиатрического факультета по неонатологии к практическому занятию №5

(5 курс, X семестр)

ТЕМА: Недоношенные дети.

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение понятия «недоношенный новорожденный ребенок». Причины недоношивания.
2. Классификация и статистика недоношенности.
3. Анатомо-физиологические особенности недоношенных новорожденных детей.
4. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных детей.
5. Выхаживание недоношенных детей с различной массой тела.
6. Вскармливание недоношенных детей с различной массой тела, методика вскармливания.

2. Целевые задачи: Научить студента правильно оценивать данные анамнеза, объективного, параклинического обследования, выявлять все предрасполагающие факторы, ведущие к нарушению процессов адаптации у недоношенных и маловесных новорожденных с целью своевременной коррекции отклонений в гомеостазе.

Студент должен знать:	Литература:
1. Анатомо-физиологические особенности организма недоношенных новорожденных в зависимости от степени зрелости. 2. Особенности течения раннего постнатального периода и различных заболеваний у недоношенных в зависимости от степени зрелости. 3. Факторы риска, приводящие к рождению недоношенных и маловесных детей. 4. Значение генетического мониторинга в профилактике рождения недоношенных новорожденных. 5. Причины приводящие к срыву процессов адаптации в раннем неонатальном периоде у недоношенных и маловесных новорожденных. 6. Особенности вскармливания недоношенных в зависимости от степени зрелости. 7. Современные лабораторные методы мониторингирования, в первую очередь неинвазивные; уметь правильно интерпретировать их. 8. Современные схемы (протоколы) лечения различных заболеваний у недоношенных и маловесных новорожденных. 9. Объем современных организационно-профилактических и корригирующих мероприятий для недоношенных с различной степенью зрелости.	Основная 1. Шабалов Н.П. «Неонатология». Учебник. т.1,2-СПб,2007. 2.Руководство по неонатологии под ред. Г.В.Яцык. - М.,2007. 3. Болезни новорожденных детей под ред. В.В.Чемоданова, М.С.Философовой.- Иваново,2003. 4.Лекционный материал. 5.Учебно-методическая разработка для самостоятельной работы студентов к практическому занятию «Недоношенные дети». Дополнительная 1. Кочи М.Н. и др. «Клиническая патология беременности и новорожденного». - М., 1986 2. Гомелла Т. Л., Каннигам М. Д. «Неонатология». - М., 1995 3. Н. Р. К. Робертон, Практическое руководство по неонатологии. – М., 1998 4. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии, - М.,1999 5. Хан Э.Р., Сенцова Т.Б. // Российский педиатрический журнал. - 2000. - №2,- стр.7 6. Евсинко Д.А., Цирельников Н. И. // Педиатрия. - 2000.- №2.-стр. 11 7. Батуев А.С., Кошавцев А.Г., Сафронова М.Н. // Педиатрия - 2000.-№3.- стр.32 8. Зелинская Д.И. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. -№3.- стр.9. 9. Современная терапия в неонатологии, под. Ред. Н. П. Шабалова – М., 2000 10. Основы перинатологии, под ред. Н. П. Шабалова и Ю. В. Цвелева – М., 2002г. 11. Перинатальная психология. В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко. – Петрозаводск, 2004 г. 12. В. В. Абрамченко, Н. П. Шабалов «Клиническая перинатология» - Петрозаводск, 2004
Студент должен уметь: 1. Целенаправленно собрать анамнез. 2. Выявить факторы риска, приводящие к срыву адаптации у недоношенных и маловесных детей. 3. Проводить объективное обследование практически здоровых и больных недоношенных и маловесных новорожденных детей. 4. На основании анамнеза, объективного и параклинического обследования выявлять пограничные и начальные признаки патологических процессов в период новорожденности. 5. Правильно осуществлять вскармливание недоношенных новорожденных в зависимости от степени их зрелости. 6. Назначать мероприятия по коррекции имеющихся отклонений в процессе ранней постнатальной адаптации. Обосновать назначенную медикаментозную терапию. 7. Давать рекомендации по дальнейшему выхаживанию недоношенных с различной степенью зрелости. 8. Уметь оформить историю болезни, написать	

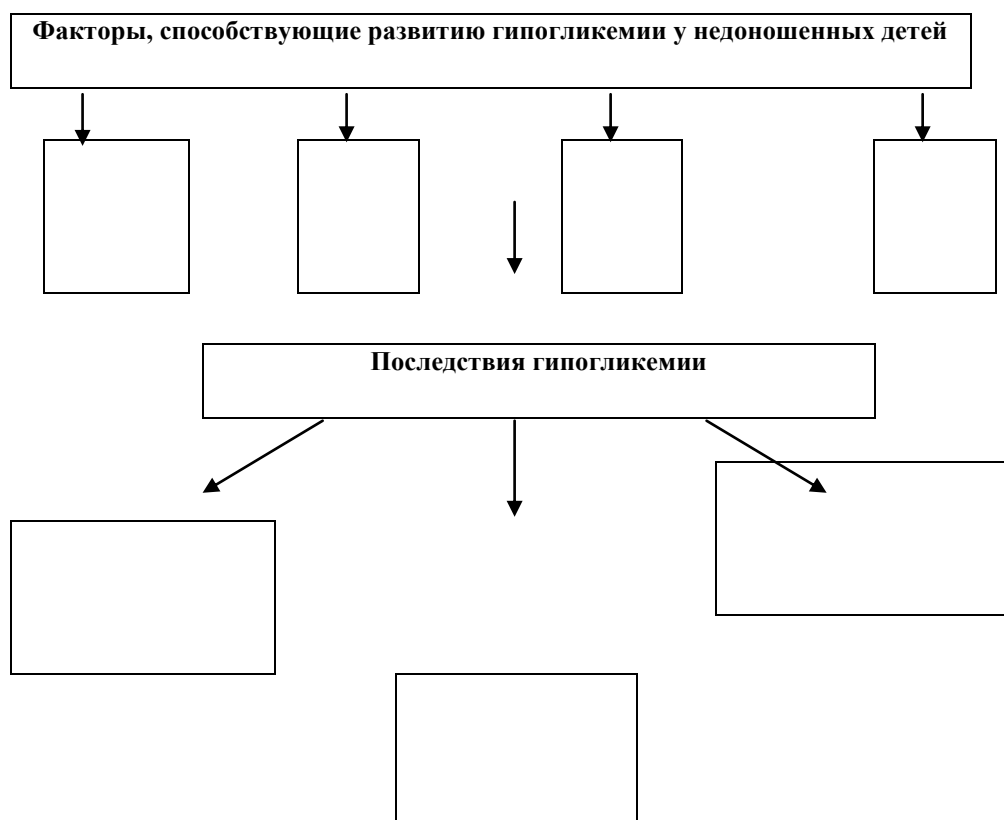
III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

7. Дайте определение следующим терминам:

- Большие к сроку беременности дети

- Малые к сроку беременности дети

2) Составьте схему патогенеза гипогликемии у недоношенных детей:



3) Заполните таблицу, которая отражает уровень метаболитов и гормонов в пробе с глюкогоном при стойкой гипогликемии у недоношенных детей (КАК изменяются показатели? ↑, ↓ или N).

Метаболиты	Гормоны
Обязательные анализы	
Глюкоза	Инсулин
Свободные жирные кислоты	Кортизол
Кетоновые тела	СТГ
Лактат	ТТГ (6)
Мочевая кислота	Глюкогон
Дополнительные анализы	
Карнитин	Проинсулин

Аланин	С-пептиды
--------	-----------

4) Каковы неспецифические признаки пневмонии у недоношенных детей?

5) Дайте характеристику ранней неонатальной пневмонии у недоношенных, развившейся на фоне тяжелой или среднетяжелой неврологической симптоматики.

6) Каковы лабораторные признаки респираторного дистресс-синдрома и массивной аспирации у недоношенных новорожденных?

- В общем анализе крови:

- В биохимических пробах (сахара, билирубина, кальция, магния, электролитов, белков и белковых фракций, КОС и газов крови):

- НСГ

- Рентгенологические

- ДЭГ

7) Составьте две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- Респираторный дистресс-синдром. Пневмопатия: рассеянный ателектаз легких.
- Пневмония недоношенных новорожденных детей. Острый период. Тяжелое течение ДН-II степени.

- _____

- _____

8) Какие препараты используются для лечения респираторной патологии у недоношенных новорожденных с различной массой тела?

9) Организация помощи недоношенным новорожденным с различной массой тела и различными метаболическими нарушениями (выхаживание, медикаментозное лечение, реабилитация ранняя и отсроченная).

10) К какой группе здоровья относятся недоношенные дети с пневмонией новорожденных?

11) Составьте план диспансерного наблюдения за детьми с III –й степенью недоношенности.

12) Ситуационная задача:

Недоношенная девочка родилась с массой тела 1500г, длиной 40см, окружностью головы 29см, окружностью груди 26см.

Ребенок от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-33-й неделе, отмечалось родовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи.

Состояние после рождения тяжелое за счет СДР (частичные диссеминированные ателектазы), ДН II А ст., НМК II ст (синдром угнетения). На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток приступы клонико-тонических судорог.

На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Находится на И В Л в режиме интермиттирующей вентиляции. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из под реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц асимметричен: слева больше чем справа. Сухожильные рефлексы слева оживлены, отмечается судорожная готовность. Большой родничок 3х3 см, пульсация повышена, отличается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт.

Общий анализ крови: Нв- 90г/л, Эр-2,5х10¹²/л, Ц. п - 1,0, лейко- 9,8х10⁹/л, л/я- 3%, С-44%, Э- 0%, п- 47%, м-6%, СОЭ- 10 мм/час.

Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты- 3-4 в п/з.

Нейросонограмма (4~с сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11мм, в полости-эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10мм. Расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

1. Поставьте диагноз.
2. Расскажите о патогенезе данного заболевания у недоношенных.
3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4. Назовите ранние осложнения данного заболевания.
5. Какие осложнения могут возникнуть в последующем?
6. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
7. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
8. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
9. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное?
10. Какое лечение необходимо ребенку?
11. Каковы возможные причины апноэ у недоношенных?
12. Нуждается ли ребенок в переливании эрмассы? Как правильно провести процедуру?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

14) Выпишите по 4 рецепта антибактериальных, антигеморрагических препаратов и витаминов.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

I.Признаками, характерными для недоношенного ребенка, являются

- 1) масса при рождении менее 3000 г
- 2) масса при рождении менее 2500 г
- 3) масса при рождении менее 3500 г
- 4) роды ранее 28 нед. беременности
- 5) роды ранее 38 нед. беременности
- 6) роды ранее 40 нед. беременности
- 7) длина тела при рождении менее 45 см
- 8) длина тела при рождении менее 47 см
- 9) длина тела при рождении менее 50 см

II.Степень зрелости недоношенного ребенка оценивается по шкале

- 1) Апгар
- 2) Сильвермана
- 3) Дубовица
- 4) Дементьевой
- 5) Сотниковой
- 6) Болларда, Новака

III.Признаками, позволяющими включить женщину в группу повышенного риска по невынашиванию, являются

- 1) возраст женщины до 18 лет
- 2) возраст женщины до 20 лет

- 3) возраст женщины старше 36 лет
- 4) возраст женщины старше 30 лет
- 5) токсикоз второй половины беременности
- 6) клинический узкий таз
- 7) многоплодная беременность
- 8) малая прибавка в массе тела во время беременности
- 9) проявления гиперфункции надпочечников
- 10) проявления гипофункции надпочечников
- 11) заболевание желудочно-кишечного тракта у женщин
- 12) предшествующие аборт
- 13) многоводие
- 14) болезни сердца
- 15) болезни дыхательной системы
- 16) болезни почек
- 17) аномалии плаценты и пуповины
- 18) истмико-цервикальная недостаточность
- 19) нарушения со стороны ЦНС
- 20) пороки развития матки
- 21) инфекционные заболевания
- 22) профессиональные вредности
- 23) аллергические заболевания
- 24) дискинезия желчевыводящих путей

Максимальная первоначальная потеря массы (в %)

- а) 3-5
- б) 6-8
- в) 8-9
- г) 9-10
- д) 12

IV. Степень недоношенности

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

V. Пограничные состояния

Сроки максимального проявления

- 1) физиологическая потеря массы а) 1-2-й день
- 2) физиологическая эритема б) 3-4-й день

3) токсическая эритема

в) 4-7-й день

4) гормональный криз

5) конъюгационная желтуха

г) 14-16-й день

д) 17-20-й день

е) не встречается

ж) встречается крайне редко

**VI.Возраст
недоношенного ребенка**

1) 1-я неделя жизни

2) 2-я неделя жизни

3) 3-я неделя жизни

Уровень гемоглобина, количество эритроцитов

а) НЬ не ниже 200 г/л, эритроциты $5 \cdot 10^{12}$ л

б) НЬ не ниже 180 г/л, эритроциты $4,5 \cdot 10^{12}$ л

в) НЬ не ниже 150 г/л, эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}$ л

г) НЬ не ниже 110 г/л, эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}$ л

VII. Детям, родившимся с массой до 1500 г, профилактические прививки назначаются в возрасте _____

VIII. Степень недоношенности доношенных сверстников

Отставание психомоторного развития от

- | | | |
|----------|------------|---|
| 1) 1 | а) 3-4 мес | б) 2-3 мес |
| 2) 1 | | в) 1,5-2 мес |
| 3) III-V | | г) не отстает от доношенных сверстников |
| | | д) 1-2 года |

IX. Осмотр недоношенного ребенка педиатром на первом месяце жизни после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться

- 1) не реже 1 раза в неделю
- 2) каждые 3 дня
- 3) по мере необходимости
- 4) 2 раза в месяц

X. Осмотр недоношенного ребенка педиатром с 2 до 6 мес. жизни после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 2 недели
- 3) 1 раз в 3 недели
- 4) 1 раз в месяц

XI. Осмотр недоношенного ребенка педиатром во втором полугодии жизни должен проводиться

- 1) 1 раз в квартал
- 2) 1 раз в месяц
- 3) ежемесячно
- 4) 1 раз в 2 нед.

XII. Осмотр недоношенного ребенка невропатологом после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться

- 1) обязательно на первом месяце, затем повторно 2 раза в год
- 2) 2 раза на первом месяце, затем 1 раз в квартал
- 3) обязательно на первом месяце, затем 1 раз в квартал
- 4) 1 раз в неделю на первом месяце, затем по мере надобности

XIII. Осмотр недоношенного ребенка хирургом после выписки со 2-го этапа выхаживания должен проводиться

- 1) в 2 и 6 мес. жизни
- 2) в 1,5 и 4,5 мес. жизни
- 3) в 1 и 3 мес. жизни

XIV. Антропометрия недоношенного ребенка после выписки со второго этапа выхаживания должна проводиться

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в 2 нед.
- 3) 1 раз в 2 мес.

XV. Первое кормление недоношенного ребенка I степени недоношенности должно быть

- 1) через 2 часа после рождения
- 2) через 6 часа после рождения
- 3) через 9 часа после рождения

XVI. Первое кормление недоношенного ребенка II степени недоношенности должно быть

- 1) через 9 часа после рождения
- 2) через 12 часа после рождения
- 3) через 18 часа после рождения

XVII.Первое кормление недоношенного ребенка III степени недоношенности должно быть

- 1) через 12 часа после рождения
- 2) через 18 часа после рождения
- 3) через 24 часа после рождения

XVIII.Первое кормление недоношенного ребенка IV степени недоношенности должно быть

- 1) через 12 часа после рождения
- 2) через 18 часа после рождения
- 3) через 24 часа после рождения

XIX.Через зонд следует кормить недоношенного ребенка

- 1) с пневмопатией
- 2) внутриутробно инфицированного
- 3) с массой менее 1250 г
- 4) с плохой прибавкой массы тела
- 5)при отсутствии сосательного и глотательного рефлексов

XX.К груди можно приложить недоношенного ребенка

- 1) без признаков интеркуррентных заболеваний
 - 2) без признаков внутриутробного инфицирования
 - 3) с массой более 1800 г
 - 4) с хорошей прибавкой массы тела
 - 5) при хорошем сосательном и глотательном рефлексах
- при достаточном количестве молока у матери

XXI.Прокрашивание ядер мозга у недоношенных детей (I и II степень) может произойти при уровне неконъюгированного билирубина

- 1) 340 мкмоль/л и более
- 2) более 256-298 мкмоль/л
- 3) более 171-205 мкмоль/л

XXII.Прокрашивание ядер мозга у недоношенных детей (III и IV степень) может произойти при уровне неконъюгированного билирубина

- 1) 340 мкмоль/л и более
- 2) более 256-298 мкмоль/л
- 3) более 171-205 мкмоль/л

XXIII.Особенности течения конъюгационных желтух у недоношенных детей (по сравнению с доношенными) являются

- 1) более раннее появление желтухи
- 2) более позднее появление желтухи
- 3) время появления желтухи такое же, как и у доношенных
- 4) стертость клинической картины первой фазы билирубиновой энцефалопатии
- 5) резко выраженная клиническая картина первой фазы билирубиновой энцефалопатии
- 6) затяжное течение желтухи
- 7) быстрое исчезновение желтушного прокрашивания кожи при сохраняющихся высоких цифрах билирубина
- 8) чаще развивается билирубиновая энцефалопатия
- 9) реже развивается билирубиновая энцефалопатия

XXIV.Особенности сепсиса у недоношенных детей (по сравнению с доношенными) являются

- 1) более частое внутриутробное инфицирование
- 2) более частое постнатальное инфицирование
- 3) чаще вызывается грамотрицательной флорой
- 4) чаще вызывается грамположительной флорой
- 5) чаще пупочный
- 6) чаще легочный
- 7) чаще кожный
- 8) чаще кишечный
- 9) протекает чаще в форме септицемии

- 10) протекает чаще в форме септикопиемии
- 11) часто протекает с выраженной температурной реакцией
- 12) часто протекает без температурной реакции

XXV. Особенности пневмоний у недоношенных детей (по сравнению доношенными) являются

- 1) чаще внутриутробные
- 2) чаще постнатальные
- 3) чаще развивается на фоне пневмопатий
- 4) чаще развиваются на фоне пороков развития
- 5) чаще развивается на фоне общей незрелости организма
- 6) чаще вызываются грамотрицательной флорой
- 7) чаще вызываются грамположительной флорой
- 8) чаще вызываются патогенными грибами
- 9) протекают без выраженной температурной реакции
- 10) протекают с выраженной температурной реакцией
- 11) протекают с выраженной дыхательной недостаточностью
- 12) протекают без выраженной дыхательной недостаточности

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I-2,5,7
 II-3,4,6
 III-1,3,7,8,9,12,14,15,16,17,18,20,21,22
 IV-1Б,2В,3Г,4Д.
 V-1В,2А,3Ж,4Е,5Б
 VI-1Б,2В,3Г
 VII- 1 ГОДА
 VIII-1Г,2В,3Д
 IX-1
 X-2
 XI-3
 XII-1
 XIII-3
 XIV-1
 XV-2
 XVI-2
 XVII-2
 XVIII-3
 XIX-3,5
 XX-3,5
 XXI-2
 XXII-3
 XXIII-1,4,6,8
 XXIV-1,3,5,9,12
 XXV-1,3,6,9,11

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
 ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ГЕМАТОЛОГИИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ
 ЗАНЯТИЮ.**

ТЕМА: 6 «Гемолитические анемии.

Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение наследственной сфероцитарной гемолитической анемии (НСГА).
2. Причины развития НСГА.
3. Патогенез НСГА.
4. Клиническая картина НСГА.

5. Лечение НСГА.

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u> • Понятие НСГА . • Этиологию НСГА. • Классификацию НСГА • Патогенез указанного заболевания. • Клинические проявления НСГА. • Дифференциальный диагноз. • Лечение НСГА. • Диспансерное наблюдение, вопросы профилактики. <u>Студент должен уметь:</u> 1.Целенаправленно собрать анамнез. 2. Выявить патогномичные симптомы заболевания. 3. Провести объективное обследование с НСГА. 4. Определить степень тяжести больного. 5. Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных исследований. 6. Провести дифференциальную диагностику между различными формами анемии. 7. На основании данных анамнестического, клинического и параклинического обследования поставить диагноз. 8. Наметить план лечения больного. 9. Дать рекомендации по ведению больного в поликлинических условиях.	<u>Основная литература:</u> 1. Абрамов М.Г. Гематологический атлас.М., 1979. – с.276. 2. Шабалов Н.П. Учебник детских болезней. СПб 2007, с. 736-746. 3. Калиничева В.И. Анемии у детей. М, 1993. 4. Коколина В.Ф, Румянцев А.Г. Практическое руководство по детским болезням. Гематология / онкология детского возраста. М, 2004. 5. Учебно-методическая разработка «Гематология» для самостоятельной работы студентов, 2008. <u>Дополнительная литература:</u> 1. Алексеев Н.А. Гематология детского возраста. СПб, 1998, с 221-236 2. Папаян А.В., Жукова Л.Ю. Анемии у детей. С.П. 2001. – с.340.
---	---

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определение НСГА.

2. Составьте схему патогенеза НСГА, исходя из того, что заболевание может проявляться в любом возрасте в виде гемолитических и регенераторных кризов.

Симптомы	Гемолитический криз	Арегенераторный криз
Цвет кожных покровов	Выраженная желтуха	Значительная бледность (мраморность) кожных покровов, слизистых

На этапе первичного опроса больного НСГА выявляют:

-
-
-

-

-

Наличие анемии, желтухи и

Наличие или отсутствие дишоралки:

при агрегаторном кризе температура повышается до _____,

при гемолитических кризах температура повышается до _____.

-

- Для клинической картины НСГА характерны все синдромы кроме одного:

Б) желтухи;

Г) спленомегалии.

8. При длительном течении заболевания у детей может быть клиника обтурационной

-

- в общем анализе крови

- в биохимических анализах: определение билирубина (общего, прямого, непрямого), АЛТ, АСТ

- исследование костного мозга (характер кроветворной функции)?

10. Какие лабораторные признаки регенераторного криза:

- в общем анализе крови

- в биохимических анализах: определение билирубина (общего, прямого, непрямого), АЛТ, АСТ

- исследование костного мозга (характер кроветворной функции)?

11. Составьте еще две примерные формулировки диагноза НСГА:

- Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия, легкая форма, стадия стойкой ремиссии.

-

-

12. При каком кризе назначаются нижеследующие препараты:

- короткий курс глюкокортикоидов;
- заместительная гемотранфузионная терапия;
- Вит. В12.

13. Составьте схему лечения НСГА в период гемолитического криза.

14. Что является абсолютным показанием для проведения спленэктомии?

15. Диспансерное наблюдение больных с НСГА.

16. В каких случаях больные с НСГА подлежат инвалидизации?

17. Составьте ситуационную задачу по следующему образцу:

Ребенку 3 года 10 мес., родился в срок с хорошей массой и ростом. В анамнезе - периодически возникают подъемы температуры с последующим появлением бледности и легкой желтушности кожных покровов.

Объективно: состояние тяжелое, вялый, периодически беспокойный, лихорадит - температура 38,5°C.

Кожа сухая, бледная с желтушным оттенком. На верхушке сердца прослушивается систолический шум. Край печени прощупывается ниже реберной дуги на 2 см., селезенка - на 4 см., селезенка плотная, безболезненная при пальпации. В ан. крови гемоглобин - 80 г/л, эритроцитов - $2,5 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 1,0 СОЭ - 24 мм/час, лейкоцитов $8,5 \times 10^9/л$, п-4%, с-38%, л - 54%, м - 4%. Сывороточное железо - 18 мкмоль/л.

Вопросы;

О какой анемии можно думать?

Что необходимо уточнить в анамнезе и какой тип наследования?

Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза и каковы предполагаемые результаты?

Какая терапия является эффективной?

5. Как определяется осмотическая резистентность эритроцитов?

6. Какой тип гемолиза?

7. Основные направления консервативной терапии.

8. Механизм возникновения костных деформаций.

9. Перечислите осложнения при этом заболевании.

10. Каков прогноз заболевания?

Тесты

1. Абсолютным показанием к спленэктомии являются гемолитические анемии типа:
 - 1) микросфероцитоза;
 - 2) энзимопатия эритроцитов;
 - 3) аутоиммунные формы;
 - 4) прочие приобретенные формы.
2. В основе наследственного сфероцитоза лежит дефект:
 - 1) белковой части мембраны эритроцита;
 - 2) липидной части мембраны эритроцита.
3. Минимальная осмотическая резистентность эритроцитов при наследственном сфероцитозе:
 - 1) снижается;
 - 2) не меняется;
 - 3) увеличивается;
 - 4) не имеет значения.
4. В миелограмме в период гемолитического криза при гемолитических анемиях отмечают:
 - 1) угнетение эритроидного роста;
 - 2) гиперплазия всех ростков кроветворения;
 - 3) отсутствие изменений;
 - 4) раздражение эритроидного ростка.
5. Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерна триада симптомов:
 - 1) бледность;
 - 2) желтуха;
 - 3) увеличение печени;
 - 4) увеличение лимфатических узлов;
 - 5) увеличение селезенки;
 - 6) носовые кровотечения;
 - 7) лихорадка.
6. Тип наследования наследственного сфероцитоза:
 - 1) аутосомно-доминантный;
 - 2) аутосомно-рецессивный;
 - 3) аутосомно-рецессивный сцепленный с X хромосомой.
7. С наследственным сфероцитозом имеет сходство аутоиммунная гемолитическая анемия:
 - 1) с неполными тепловыми антителами;
 - 2) с полными холодовыми антителами;
 - 3) с двухфазными гемолизинами.
8. Основной фактор гемолиза:
 - 1) гепатомегалия;
 - 2) нарушения костно-мозгового кроветворения;
 - 3) укорочение продолжительности жизни эритроцитов.
9. Диагноз гемолитической анемии становится несомненным:
 - 1) при снижении уровня гемоглобина;
 - 2) при выраженном ретикулоцитозе;
 - 3) при гипербилирубинемии;
 - 4) при снижении осмотической резистентности эритроцитов;
 - 5) при снижении продолжительности жизни эритроцитов.
10. В период гемолитического криза тяжесть состояния больного обусловлена следующим синдромом:
 - 1) анемичным;
 - 2) гепатолиенальным;
 - 3) дыхательной недостаточностью;
 - 4) сердечной недостаточностью.
11. Отличительными особенностями клинического анализа крови при анемии Минковского-Шоффара от других видов анемии является:
 - 1) ретикулоцитоз;
 - 2) макроцитоз;
 - 3) гипохромия;
 - 4) микросфероцитоз;
 - 5) полихромазия.
12. Для арегенеративного криза характерны:
 - 1) ретикулоцитоз;
 - 2) ретикулоцитопения;
 - 3) гипербилирубинемия за счет непрямой фракции;

- 4) общий билирубин в пределах нормы;
 - 5) данные показатели без изменений.
13. Клинические признаки наследственного сфероцитоза проявляются:
- 1) в любом возрасте;
 - 3) с раннего возраста; в старшем возрасте;
 - 4) в подростковом возрасте.
14. Костные изменения при гемолитических анемиях проявляются:
- 1) лобными, теменными буграми;
 - 2) деформацией грудной клетки;
 - 3) наличием симптома «щетки»;
 - 4) искривлением нижних конечностей.
15. При наследственном сфероцитозе (НС) гемолиз:
- 1) внутрисосудистый;
 - 2) внутриклеточный;
 - 3) смешанный

Эталоны ответов:

- | | |
|------------|---------|
| 1. 1 | 10. 1 |
| 2. 1, 3 | 11. 3 |
| 3. 1 | 12. 2,4 |
| 4. 4 | 13. 1 |
| 5. 1, 2, 5 | 14. 3 |
| 6. 1 | 15. 2 |
| 7. 1 | |
| 8. 3 | |
| 9. 2,4,5 | |

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ГЕМАТОЛОГИИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ.

ТЕМА: 7 «Болезни системы гемостаза: гемофилия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение гемофилии (ГМ), идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП), геморрагического васкулита (ГВ).
2. Причины развития ГМ, ИТП, ГВ.
3. Патогенез указанных заболеваний.
4. Клиническая картина ГМ, ИТП, ГВ.
5. Лечение данных заболеваний.

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u> • Понятие ГМ, ИТП, ГВ • Этиологию данных заболеваний. • Классификацию ГМ, ИТП, ГВ. • Патогенез указанных заболеваний. • Клинические проявления ГМ, ИТП, ГВ. • Показания для госпитализации • Лечение ГМ, ИТП, ГВ. <u>Студент должен уметь:</u> 1. Целенаправленно собрать анамнез. 2. Выявить патогномоничные симптомы заболевания. 3. Провести объективное обследование больных с ГМ, ИТП, ГВ. 4. Определить степень тяжести больного. 5. Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных исследований. 6. Провести дифференциальную диагностику этих заболеваний. 7. На основании данных анамнестического, клинического и параклинического обследования поставить диагноз. 8. Наметить план лечения больного. 9. Дать рекомендации по ведению больного в поликлинических условиях. 10. Уметь выделить категорию больных подлежащих оформлению инвалидности.	<u>Основная литература:</u> 1. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. М., 1998. с.68-85. 2. Коколина В.Ф. Румянцев А.Г. Практическое руководство по детским болезням. Гематология и онкология детского возраста. - М., 2004. с.341-417. 3. Типовые тестовые задания по специальности «Педиатрия». /Под редакцией Н.Н. Володина и соавт. - М., 2006. с. 440 4. Шабалов Н.П. Учебник детских болезней. С.-Петербург, 2007. с.768-801. 5. Учебно-методические разработки «Гематология» для самостоятельной работы студентов, 2008. <u>Дополнительная литература:</u> 1. Абрамов М.Г. Гематологический атлас- М., 1979. - с. 276. 2. Алексеев Н.А. Гематология детского возраста. СПб, 1998, с 221-236. 3. Папаян А.В., Жукова Л.Ю. Анемии у детей. С.П. 2001. – с.340. 4. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. М., 1985. с. 133-151.
--	--

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определение
 - гемофилии (ГМ)

- идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП)

--	--	--	--

5. Напишите недостающие сведения в тексте.

На этапе первичного опроса больного ГМ, ИТП, ГВ выявляют:

➤ характер геморрагических высыпаний (локализация, размеры, этапность)

_____;

➤ наличие болевого синдрома:

-при ГМ боли _____;

-при ИТП боли; _____

-при ГВ боли _____

➤ первые признаки заболевания у детей с гемофилией проявляются в результате прорезывания зубов

➤ вовлечение в процесс других органов

(ГМ _____, ГВ

_____);

ИТП _____)

➤ Осложнение заболевания проявляется: при

ГМ _____, при ГВ

_____, при

ИТП _____.

6. Назовите синонимы заболевания геморрагического васкулита

7. Составьте три тестовых задания по диагностике ГМ, ГВ, ИТП по следующему образцу.

Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите характеризуется:

1) наличием излюбленной локализации

- 2) симметричностью
- 3) наличием зуда
- 4) склонностью элементов к слиянию
- 5) наличием петехий
- 6) носовыми кровотечениями
- 7) гемартрозами.

1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте правильно диагноз.
2. Приведите классификацию данного заболевания.
3. Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза?
4. Какие клинические пробы помогут Вам в постановке диагноза?

5. Назначьте лечение данному больному.
6. Каков прогноз заболевания?
7. Какие существуют методы остановки носового кровотечения?
8. Какова продолжительность жизни тромбоцитов?
9. Назовите индукторы агрегации тромбоцитов.
10. Почему после спленэктомии повышается число тромбоцитов?

Тесты

1. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре изменяется:
 - 1) время свертывания;
 - 2) время кровотечения;
 - 3) и то и другое;
 - 4) ни то ни другое.
2. Кровоточивость при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре связана:
 - 1) с нарушением в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза;
 - 2) с дефицитом плазменных факторов свертывания;
 - 3) с патологией сосудистой стенки.
3. Среди этиологических факторов острой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры на первом месте стоят:
 - 1) аутоиммунные заболевания;
 - 2) применение вакцин, сывороток;
 - 3) вирусные инфекции;
 - 4) применение антикоагулянтов;
 - 5) укусы насекомых.
4. В миелограмме при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре обнаруживают:
 - 1) угнетение мегакариоцитарного ростка;
 - 2) нормальное число мегакариоцитов;
 - 3) раздражение мегакариоцитарного ростка.
5. Наиболее информативным исследованием для подтверждения диагноза ИТП является :
 - 1) стерильная пункция;
 - 2) анализ крови (тромбоциты, время свертывания, время кровотечения);
 - 3) стерильная пункция + анализ крови (тромбоциты, время свертывания, время кровотечения) + коагулограмма.
6. Геморрагический синдром при ИТП характеризуется:
 - 1) полиморфностью высыпаний;
 - 2) полихромностью высыпаний;
 - 3) симметричностью высыпаний;
 - 4) несимметричностью высыпаний;
 - 5) наличием излюбленной локализации;
 - 6) отсутствием излюбленной локализации;
 - 7) наличием зуда;
7. Препараты, применяющиеся для лечения ИТП:
 - 1) ангиопротекторы;
 - 2) дицинон;
 - 3) аминокaproновая кислота;
 - 4) тромбоконцентрат;
 - 5) викасол;
 - 6) свежзамороженная плазма;
 - 7) недостающие факторы свертывания ;
 - 8) гепарин;
 - 9) преднизолон;
8. Патогенез геморрагического синдрома при ГВ обусловлен:
 - 1) тромбоцитопенией;
 - 2) дефицитом факторов свертывания;
 - 3) патологией сосудистой стенки.
9. Свертывающая система крови при ГВ меняется в сторону:
 - 1) гипокоагуляции;
 - 2) гиперкоагуляции;
 - 3) не меняется.
10. Для лечения геморрагического васкулита используются препараты:

- 1) антигистаминные;
 - 2) дицинон;
 - 3) преднизолон;
 - 4) аминокaproновая кислота;
 - 5) антиагреганты;
 - 6) гепарин;
 - 7) факторы свертывания крови.
11. Для геморрагического васкулита характерно наличие:
- 1) анемии;
 - 2) тромбоцитопении;
 - 3) гипертромбоцитоза;
 - 4) нейтрофильного лейкоцитоза;
 - 5) ускоренное СОЭ.
12. Время кровотечения при гемофилии:
- 1) укорачивается;
 - 2) не меняется;
 - 3) удлиняется.
13. Кровоточивость при гемофилии обусловлена:
- 1) нарушениями сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза;
 - 2) дефицитом плазменных факторов свертывания;
 - 3) патологией сосудистой стенки.
14. Тип наследования при гемофилии:
- 1) аутосомно-рецессивный;
 - 2) аутосомно-доминантный;
 - 3) сцепленный с X-хромосомой.
15. При гемофилии отмечаются нарушения:
- 1) во внешнем механизме свертывания;
 - 2) во внутреннем механизме свертывания.
16. При легкой форме гемофилии А содержание фактора VIII составляет:
- 1) 0-1%;
 - 2) 1-2%;
 - 3) 2-5%;
 - 4) 5-15%;
 - 5) 15-60%.
17. В коагулограмме при гемофилии обнаруживают изменение показателей:
- 1) АКТ (аутокоагуляционный тест);
 - 2) АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время);
 - 3) тромбинового времени;
 - 4) тромбопластинового времени;
 - 5) времени рекальцификации плазмы;
 - 6) этанолового теста;
 - 7) ПДФ (продукты деградации фибрина).

Эталонные ответы:

1.2

2.1

3.3

4.3

5.1

6.1,2,4,6

7.1,2,3,9,

8.3

9.2

10. 1,3,5,6

11.3,5,4

12.3

13. 2

14.1

15.2

16.4

17.2,4,5

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА
ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ЦИКЛУ «ГЕМАТОЛОГИЯ»
ТЕМА: 8 «Лейкозы у детей»**

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1. Определение острого лейкоза (ОЛ) и хронического (ХЛ) у детей.
2. Причины развития ОЛ и ХЛ.
3. Патогенез лейкозов.
4. Клиническая картина ОЛ и ХЛ.
5. Лечение лейкозов.

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать.</u> 1.Современные представления о клинической и экспериментальной лейкологии. 2.Варианты лейкозов по цитогенетическому анамнезу. 3.Вопросы этиологии и эпидемиологии. 4.Современная классификация лейкозов. 5.Клинические проявления заболевания. 6.Лабораторные методы обследования. 7.Вопросы дифференциальной диагностики. 8. Современные методы лечения.	<u>Основная литература.</u> 1. Шабалов Н. П. Учебник детских болезней. Питер, 2004 2. Румянцев А. Г., Самочатов Е. В. "Лечение ОЛЛ у детей по протоколам ВФМ", ж. Педиатрия, № 11, 1991г., с. 58-63. 3. Фадеева М. А. Типовые ситуационные задачи, М., 2000г. 4. Учебно-методическая разработка для самостоятельной подготовки студентов «Гематология», 2009
<u>Студент должен уметь.</u> 1.Собрать анамнез, выделить факторы риска. 2. Обосновать и составить план обследования. 3. Выделить характерные клинические симптомы, позволяющие рано диагностировать это заболевание. 4.Правильно интерпретировать данные клинического обследования. 5.Сформулировать развернутый клинический диагноз. 6. Назначить лечение по современным протоколам. 7. Оценить эффективность проводимой терапии. 8. Составить план диспансерного наблюдения. 9. Осуществить отбор на санаторно-курортное лечение.	<u>Дополнительная литература.</u> 1.Алексеев Н. А. Гематология детского возраста. Санкт-Петербург, 1998г 2.Абрамов М. Г. Гематологический атлас, Москва "Медицина", 1979г. 3.Воробьев А. И. Руководство по гематологии, Москва, "Медицина", 1985г. 4.Кисляк Н. С, Таболина В. А. (под ред.). Гематология детского возраста. М., 1987г 5. Масчан А. А., Самочатов Е. В. Тактика сопроводительной педиатрии при лечении ОЛЛ по программе ВФМ, ж. Педиатрия, № 2, 1992г., с. 68 - 78. 6.Коколина В. Ф. Румянцев А. Г. Практическое руководство по детским болезням. Гематология и онкология детского возраста. Москва, 2004г.

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) и хронического миелолейкоза (ХМЛ).
2. Составьте схему патогенеза ОЛ и ХЛ, учитывая влияние эндогенных (генетический и наследственный фактор) и экзогенных факторов внешней среды (химические вещества и ионизирующая радиация).
3. Гиперпластический субсиндром обусловлен лейкозной инфильтрацией тканей. Какими клиническими симптомами он проявляется?
4. Составьте таблицу, которая отражает особенности ОЛЛ и ХМЛ.

Дифференциальные признаки	ОЛЛ	ХМЛ
Субстрат опухоли	Составляют бластные клетки, предшественники 2-го и 3-го класса	Субстратом опухоли являются созревающие и зрелые клетки

5. Допишите недостающие сведения в тексте.

На этапе сбора анамнеза выявляют:

- Влияние вредных факторов (радиация, химические....., вирусные.....);
- Болевой синдром проявляется в виде.....;
- Геморрагический синдром обусловлен.....и проявляется в виде.....;
- Повышение температуры тела объясняетсясиндромом;
- Согласно классификации FAB выделяют острые формы лейкозов.....;
- Для взрослого варианта ХМЛ характерно наличие.....;

6. Выделяют основные синдромы развернутой клиники ОЛ.....

7. Составьте три тестовых задания по следующему образцу:

Наиболее частым симптомом при хроническом лейкозе является:

- 1) лихорадка
- 2) геморрагический синдром
- 3) увеличение лимфоузлов
- 4) увеличение печени
- 5) увеличение селезенки

8. Назовите внекостные рецидивы ОЛ у детей.....

9. Каковы лабораторные показатели при ОЛЛ:

- В общем анализе крови.....
- В биохимических анализах: общий белок, билирубин, креатинин, показатели коагулограммы.....
- В пунктате костного мозга.....

10. Составьте две примерные формулировки диагнозов по предлагаемому образцу:

Д-з: Острый лимфобластный лейкоз Т-клеточный вариант. Нейролейкоз. Период развернутых клинических проявлений.

11. Диагноз ОЛ ставится на основании морфологических, цитологических и иммунологических показателей. Приведите современную классификацию ОЛ, укажите авторов.

12. Клинические этапы заболевания по классификации А.И. Воробьева.

13. Составьте современную схему лечения (БФМ, БМ-2006) острых лейкозов у детей.

14. При какой форме лейкозов применяется нижеследующее лечение:

- Миелосан, миелобрамол- при.....
- При выраженной спленомегалии – облучение селезенки с последующей спленэктомией-.....

15. Какова продолжительность терапии и прогноз при ОЛЛ и ОМЛ?

16. При какой форме ОЛ чаще используется трансплантация гемопоэтических стволовых клеток?

17. Составьте план диспансерного наблюдения больных с ОЛ и ХМЛ.

18. Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу.

В гематологическую клинику поступил ребенок 12 лет с жалобами на бледность, слабость, ухудшение аппетита, повышение температуры. При обследовании бледен, выявлены геморрагии, незначительная аденопатия, выраженная гепатоспленомегалия.

Исследование крови: эр-2.9-10, гем-98г/л, цв пок-1.0, ретикулоц-0.5%, лейкоциты-288*10, миелобл. клетки-5%, промиелоциты-10%, миелоциты-6%, эозинофилы-7%, баз.-10%, п/я -12%, сегм-37%, лимф-10%, моноц-3%, СОЭ-22мм/час.

В костномозговом пунктате миелобластов 11%, промиелоцитарная (13%) и миелоцитарная (12%) реакция, угнетение эритроидного ростка (в среднем 7 %).

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Какие клинические симптомы говорят в пользу данного заболевания.
3. В чем проявляются хромосомные нарушения?
4. Какие основные лабораторные показатели подтверждают диагноз.
5. Как проводится трепанопункция, в чем преимущество перед стерильной пункцией?
6. Прогноз заболевания?
7. Варианты заболевания у детей?
8. Чем характеризуется ювенильный тип хронического миелолейкоза?
9. Укажите стадии заболевания.
10. Принципы лечения данной формы заболевания?

Тесты.

1. Источниками образования лейкозных клеток являются:

- 1) лимфузлы;
- 2) костный мозг;
- 3) лимфоидные органы;
- 4) ЦНС.

2. Разница между острым лейкозом и хроническим лейкозом определяется:
 - 1) степенью дифференцировки опухолевых клеток;
 - 2) длительностью заболевания;
 - 3) остротой клинических проявлений.
3. Тромбоцитопения при остром лейкозе связана:
 - 1) с угнетением мегакариоцитарного листка;
 - 2) недостаточной функцией мегакариоцитов;
 - 3) разрушением тромбоцитов.
4. Диагноз острого лейкоза становится несомненным:
 - 1) при появлении бластных клеток в гемограмме;
 - 2) при гепатоспленомегалии;
 - 3) при геморрагическом синдроме;
 - 4) при тотальном бластном лейкозе;
 - 5) при угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге.
5. Для лечения хронического лейкоза используют:
 - 1) циклофосфан;
 - 2) миелосан;
 - 3) 6-меркаптопурин;
 - 4) метотрекат;
 - 5) интерферон.
6. Критериями ремиссии при остром лейкозе являются :
 - 1) < 30% бластных клеток в костном мозге;
 - 2) < 5% бластных клеток в костном мозге;
 - 3) <10% бластных клеток в костном мозге.
7. Количество бластных клеток в костном мозге, необходимое для постановки диагноза острого лейкоза:
 - 1) тотальный бластоз
 - 2) > 30%;
 - 3) > 20%.
8. Для острого лимфобластного лейкоза характерна:
 - 1) диффузная реакция с гликогеном;
 - 2) гранулярная реакция с гликогеном;
 - 3) положительная реакция с суданом;
 - 4) отрицательная реакция с суданом;
 - 5) положительная реакция с миелопероксидазой;
 - 6) отрицательная реакция с миелопероксидазой.
9. Для лечения острого лейкоза используют:
 - 1) циклофосфан;
 - 2) 6-мекаптопурин;
 - 3) интерферон;
 - 4) винкристин;
 - 5) миелосан.
10. К экстрамедуллярным поражениям при рецидивах острого лейкоза относят:
 - 1) поражение лимфоузлов;
 - 2) нейрорлейкоз;
 - 3) поражение печени;
 - 4) поражение яичек;
 - 5) поражение костей.
11. При хроническом лейкозе опухоль представлена:
 - 1) незрелыми клетками;
 - 2) зрелыми клетками.
12. Наиболее частым синдромом при хроническом лейкозе является:
 - 1) лихорадка;
 - 2) геморрагический синдром;
 - 3) увеличение лимфоузлов;
 - 4) увеличение печени;
 - 5) увеличение селезенки.
13. В течении хронического лейкоза выделяют периоды:
 - 1) начальный;
 - 2) терминальный;
 - 3) геморрагический криз;
 - 4) гемолитический криз;
 - 5) апластический криз;
 - 6) бластный криз.
14. Прогноз лучше:
 - 1) при ювенильном типе хронического миелолейкоза;

2) при взрослом типе хронического миелолейкоза.

15. Наиболее информативным методом для подтверждения миелопролиферативного синдрома при хроническом лейкозе являются :

- 1) лейкоцитарная формула крови;
- 2) стеральная пункция;
- 3) трепанопункция;
- 4) пункция лимфоузла;
- 5) пункция печени.

16. В детском возрасте чаще встречается:

- 1) острый лейкоз;
- 2) хронический лейкоз.

Эталоны ответов:

1. 2
2. 1
3. 1
4. 4
5. 2,3,5
6. 2
7. 2
8. 2,4,6
9. 1,2,4
10. 2,4
11. 2
12. 5
13. 2,6
14. 2
15. 3
16. 1