*Ситуационные задачи*

**Задача 1**

Ребёнок от 1 беременности, срочных родов. Женщина в сроке беременности 33 недели перенесла гриппоподобное заболевание с лихорадкой до 38 градусов. Была зарегистрирована анемия беременной. В родах тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Оценка по шкале Апгар 6/7 б. Масса тела при рождении 3200 г., длина 51 см. Получал лечение - викасол, находился на грудном вскармливании.

В возрасте 48 часов впервые у новорождённого возникли клонико-тонические судороги, отмечались признаки инфекционного токсикоза - периферический сосудистый спазм, с явлениями «мраморности» кожных покровов, бледности, тахикардии до 160 в 1 минуту. В экстренном порядке, после купирования судорожного синдрома (реланиум 0,5 мг/кг/ однократно), ребёнок был переведён в стационар для новорождённых.

При поступлении в стационар состояние ребёнка тяжёлое. Выраженное угнетение ЦНС, судорог нет. Отмечалась гиперестезия при осмотре, непостоянная ригидность затылочных мышц. Кожные покровы бледные, с лёгким сероватым оттенком, ЧСС 146 1 минуту. В лёгких без особенностей. Печень не увеличена.

В анализе крови: анемии нет, тромбоцитов — 156 тыс., лейкоциты - 14,0 тыс., п-12%, с-68, л-15, м-5. СОЭ - 4 мм/час.

Учитывая в анамнезе судорожный синдром, ребёнку в возрасте 3 суток жизни проведено исследование ликвора. В анализе: цитоз -260/3, н-222/3, л-38/3; белок -0,5 промил. Ликвор отправлен на бактериологическое исследование. На НСГ - без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

**Задача 2**

У женщины во время беременности в сроке 30-32 недели была диагностирована на основании ПЦР микоплазменная инфекция (возбудитель — уреаплазма). От превентивного лечения женщина отказалась.

В сроке 35-36 недель возникла родовая деятельность. В родильном доме была констатирована фетоплацентарная недостаточность. Ребёнок родился с массой тела 2400 г., длиной 44 см. Оценка по шкале Апгар - 7/7 б.

В первые часы жизни возникла дыхательная недостаточность, оценка по шкале Даунса 3 балла. На рентгенограмме органов грудной клетки отмечено снижение пневматизации лёгочной ткани. В анализе крови признаков воспаления, анемии нет. Проявления TORCH-синдрома отсутствовали. После купирования РДС ребёнок на 5 сутки жизни был переведён в стационар для новорождённых с диагнозом «недоношенность 1 степени, пневмопатия».

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Отмечались признаки недоношенности, морфо-функциональной незрелости. Дыхательных расстройств не было. Кожные покровы розово-иктеричные, чистые. Рефлексы новорождённого вызываются, но быстро угасают. В лёгких по всем полям ослабленное дыхание, хрипов нет. В сердце короткий систолический шум, ЧСС-130 в 1 минуту. Печень, селезёнка не увеличена. Стул в норме.

Для исключения врождённой инфекции проведено обследование.

Анализ крови на 6 сутки жизни: эритроциты 4,5 млн., Нь - 145 г/л, лейкоциты — 10,0 тыс., п-4%, с-54, л-45, м-6. СОЭ-8 мм/час.

Биохимия: прямой билирубин-8 мм/л, непрямой 130 мм/л, АСТ-30 Е/л, АЛТ-32 Е/л. ПТИ-82%. Мочевина-6 ммоль/л, креатиинин-96 мкм/л. Глюкоза крови 2.5 ммоль/л.

УЗИ печени, сердца, головного мозга, почек в норме.

ПЦР на уреаплазмоз-результат положительный. Иммуноферментный анализ: обнаружен антитела класса G к уреаплазме, антитела класса М к уреаплазме - результат отрицательный.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте лечение.

**Задача 3**

Ребёнок рождён от матери в возрасте 19 лет. Во время беременности отмечалась дважды угроза прерывания в 27, 35 недель. Женщина лечилась в стационаре неполно (отказывалась от продолжения лечения). В сроке гестации 37 недель наступила родовая деятельность. Вес 2200 г., длина 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 б. Группа крови матери А (II), резус положительная.

В родильном доме у ребёнка отмечалось угнетение ЦНС, желтуха, которая появилась в первые сутки жизни. На коже туловища петехиальная сыпь. На 4 сутки жизни ребёнок для дальнейшего обследования был переведён в инфекционное отделение детской больницы.

При поступлении в стационар состояние тяжёлое. Признаки незрелости, угнетение ЦНС (снижение физиологических рефлексов, мышечного тонуса, двигательной активности). Кожные покровы иктеричные, единичные петехии на коже спины. Отмечено увеличение печени до +3 см., пальпировался край селезёнки. В лёгких хрипов нет. Сердечные тоны громкие, ритмичные, шумов нет, ЧСС 128 в 1 минуту. Стул и мочеиспускание в норме.

При исследовании плаценты был выявлен хориоамнионит.

В анализе крови у ребёнка: эр. -3,7 млн., Нь -118 г/л, л-9,8 тыс., п-3%, с-57, л-30, м-10, СОЭ-3 мм/час.

Биохимическое исследование: непрямой билирубин - 136 мм/л, прямой билирубин - 54 мм/л.

АСТ - 25 Е/л, АЛТ - 30 Е/л, ПТИ - 80%. Глюкоза крови- 4,4 мм/л, креатинин — 80 мк/л, мочевина -8 мм/л.

УЗИ печени - реактивные изменения печени и жёлчного пузыря в виде - усиления сосудистого рисунка печени, утолщения стенки жёлчного пузыря и неоднородности его содержимого.

УЗИ головного мозга (4 сутки жизни) - субэпендимальные псевдокисты 2х2 мм, 2х3 мм, кальцификаты в перивентрикулярном регионе.

Вопросы:

1. О каком заболевании у ребёнка надо думать, предварительный диагноз?

2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?

**Задача 4**

Ребёнок от 3 беременности, 2 родов. В анамнезе у женщины - выкидыш. Во время беременности - вульвовагинит, кольпит, неуточнённой этиологии, анемия. Роды преждевременные на 36 неделе беременности. В родах - безводный период 12 часов, околоплодные воды мутные. Ребёнок извлечён с оценкой по шкале Апгар 5/7 б. Масса тела 2500 г., длина 46 см.

В первые 4 суток пребывания в родильном доме состояние было средней тяжести, отмечалась неврологическая симптоматика в виде синдрома церебральной депрессии. Для дальнейшего лечения и выхаживания ребёнок на 5 сутки жизни был переведён в стационар. При поступлении в отделение 2-го этапа выхаживания недоношенных состояние пациента средней тяжести: снижена активность, рефлексы, мышечный тонус, при осмотре тремор конечностей.

На 6 сутки жизни на коже лба появилась тонкостенная везикула, которая самостоятельно вскрылась с образованием корочки. На 8 сутки жизни у ребёнка появились клонико-тонические судороги, выраженная ригидность затылочных мышц, гиперестезия при осмотре. Кожные покровы с сероватым оттенком, субфебрильная лихорадка, тахикардия 164 в 1 минуту.

Проведено обследование. На 8 сутки жизни анализ крови: эр-3,9 млн., Нь-120 г/л, л-4,9 тыс., п-8%, с-68, л-18, м-6, СОЭ -8 мм/час. Тромбоциты- 126 тыс.

Люмбальная пункция на 8 день жизни: цитоз -880/3. н-420/3, л-460/3, свежие эритроциты -10-20-25 в п/зрения, белок-1 г/л.

НСГ (8 день жизни) — гиперэхогенность паренхимы мозга.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?

3.Тактика ведения больного.

**Задача 5**

Ребёнок от 1 беременности. Мать ребёнка работает воспитателем в детском саду. В сроке беременности 6 недель перенесла заболевание, сопровождающееся наличием пятнистой сыпи на лице, верхней половине туловища, увеличением задне-шейных и затылочных лимфатических узлов. В женскую консультацию не обращалась. На учёт встала в сроке беременности 14 недель. Во второй половине беременности отмечался о.гестоз.

Роды в срок на 38 неделе. Ребёнок рождён без асфиксии, масса тела 2600 г., длина 50 см. С рождения отмечалась неврологическая симптоматика - мышечная дистония, тремор конечностей, горизонтальный нистагм глазных яблок. На 3 сутки в сердце стал выслушиваться систолодиастолический («машинный») шум. Аудиоскрининг в родильном доме не проводился. Для дальнейшего обследования, лечения ребёнок на 5 сутки жизни был переведён в стационар для новорождённых.

При поступлении в стационар состояние тяжёлое. Выраженная неврологическая симптоматика - синдром гипервозбудимости. Отмечалась бледность кожных покровов. Над областью сердца - грубый систолический шум, ЧСС -150 в 1 минуту, в лёгких слабленное дыхание, хрипов нет, печень + 2 см., пальпировался край селезёнки.

Проведено обследование (на 5 сутки жизни). В крови: эр-4,0 млн., Нь-138 г/л, л-8,8 тыс., п-4%, с-56, л-35, м-7. СОЭ - 6 мм/час.

ЭХО-КГ - открытый боталлов проток 5 мм. Сброс крови слева направо. Лёгкая дилатация левого предсердия.

Рентгенограмма органов грудной клетки-границы сердца в пределах нормы, усиление лёгочного рисунка.

ЭКГ - гипертрофия миокарда левого желудочка.

Осмотр окулиста - ретинопатия новорождённых 2 стадии.

Вопросы:

1. 1. Поставьте диагноз.
2. 2.Какая причина послужила возникновению данного заболевания?
3. 3. Прогноз.