# MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

# Неонатология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

Сформировано: 21.11.2026, 08:58 МСК

## ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

### Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

### Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3

### Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4

### Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

## Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

# Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Неонатология · Высшее образование

## 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

### 1.1. Ситуация

Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных. На респираторной терапии методом CPAP с дотацией 30% кислорода.

Сохраняются дыхательные нарушения до 2 баллов по шкале Сильвермана, умеренное тахипноэ при нагрузке. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке и осмотре отмечается лабильность оксигенации снижение $SpO_2$ до 85%, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет.

### 1.2. Гинекологический и акушерский анамнез матери

Группа крови матери В (III) третья, Rh - положительный.

Гинекологические заболевания матери: отрицает

Акушерский анамнез матери: 1 беременность - 2017г. – мед.аборт; 2 беременность - 2018г. - данная, наступила самостоятельно.

Течение беременности: наблюдалась в ЖК г.Москва.

1-й триместр: токсикоз беременных, угроза прерывания в 8 недель;

2-й триместр: артериальная гипертензия, получала терапию допегитом. Носитель мутации Лейдена. Получала терапию клексаном. В 18-19 недель - угрожающий поздний с/выкидыш, амбулаторное лечение (раствором магния сульфата) по м/ж; в 25 недель –отслойка нормально расположенной плаценты.

Роды 1-е, оперативные преждевременные на сроке 25 недель, путем операции кесарево сечение в связи с отслойкой плаценты. Оценка по Апгар 5/6 баллов. В родильном зале проводилось сцеживание пуповины, респираторная терапия с созданием постоянного положительного давления в дыхательных путях. Далее, учитывая прогрессирование дыхательных нарушений, на 20–й минуте жизни вводился препарат экзогенного сурфактанта "Куросурф" 200 мл/кг, с положительным эффектом. В отделение реанимации ребенок был доставлен на неинвазивной искусственной вентиляции легких.

### 1.3. Анамнез жизни

В ОРИТ недоношенному ребенку с течением респираторного дистресс синдрома (РДС), в виду нарастания дыхательных нарушений с оценкой по шкале Сильверман 4 балла, начата ИВЛ. В силу сохраняющейся потребности в ИВЛ и доп. $O_2$ до 50%, с заместительной целью повторно проведено введение препарата сурфактанта "Куросурф" из расчета 100 мл/кг, перенес процедуру удовлетворительно. Далее продолжена ИВЛ в режиме высокочастотной осцилляторной вентиляции (ВЧОВЛ).

Проводилось обследование при поступлении и в динамике. Получал несколько курсов антибактериальной терапии, направленных на лечение врожденной пневмонии.

ИВЛ в режиме ВЧОВЛ продолжалась в течение 10 суток жизни, с 11-х суток жизни в течение 14 дней жизни продолжалась традиционная ИВЛ, с 29 суток переведен на неинвазивную респираторную терапию. В возрасте 30 дней отмечено развитие

осложнения –некротический энтероколит (НЭК) 2Б ст. Находился на традиционной ИВЛ до 40 суток жизни. С 41 суток жизни переведен на неинвазивную респираторную терапию. С 65 суток жизни находится на респираторной терапии методом CPAP с $FiO_2$ 0,3.

### 1.4. Объективный статус

Возраст: 77-е сутки жизни.

Респираторная терапия: CPAP $FiO_2$ 0,30 peep+5,0 см.вд.ст.

ЧСС 172 уд. в минуту, ЧД 64 в минуту, $SpO_2$ 93-96%, АД 80/52 (68) мм рт. ст.

Состояние ребенка тяжелое. Сохраняются дыхательные нарушения при нагрузке: 2 балла по шкале Сильвермана. В покое оксигенируется устойчиво, при нагрузке сохраняется лабильность оксигенации, восстанавливается самостоятельно. Эпизодов апноэ нет. Патологической неврологической симптоматики нет.

Кожа чистая, бледно-розовая, умеренно выраженная мраморность. Видимые слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Грудная клетка симметричная, умеренно вздута. Аускультативно дыхание симметрично проводится с двух сторон, выслушиваются единичные, проводные хрипы. При санации ротовой полости - умеренное количество слизи. Показатели гемодинамики: склонность к артериальной гипертензии. Живот умеренно вздут, доступен глубокой пальпации, перистальтика выслушивается. Энтеральное питание проводится из расчета 160 мл/кг/сутки, через зонд капельно за 60 минут, усваивает. По желудочному зонду без патологического отделяемого. Стул регулярный. Диурез удовлетворительный.

## 1. План обследования

## Вопрос 1

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

1. определение уровня триглицеридов крови
2. общий анализ мочи
3. **исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови**
4. **клинический анализ крови**
5. определение уровня калия в крови

**Правильные ответы:**
**3 - исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови**
**4 - клинический анализ крови**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендовано исследование кислотно-основного состояния (КОС) и газов крови пациентам с БЛД и с подозрением на развитие БЛД, находящимся в стационаре, при проведении респираторной терапии, как в периоде формирования БЛД в первый месяц жизни, так и при нарастании ДН на фоне интеркуррентных заболеваний для объективной оценки тяжести ДН для подбора терапии и для контроля эффективности терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

Рекомендуется проводить общий (клинический) анализ крови развернутый пациентам с БЛД и с подозрением на развитие БЛД для оценки общего уровня реакций адаптации и сопутствующих нарушений, требующих коррекции.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## 3. Результаты лабораторных методов обследования

### 3.1. Исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови

| | | | |
|---|---|---|---|
| **pH/газы крови** | | | |
| ? pH | **7.455** | | [ - ] |
| ? $pCO_2$ | **46.1** | mmHg | [ - ] |
| ? $pO_2$ | **48.3** | mmHg | [ - ] |
| Baro | **752** | mmHg | |
| **Оксиметрия** | | | |
| ? ctHb | **102** | g/L | [ - ] |
| ? $sO_2$ | **93.4** | % | [ - ] |
| ? $FO_2Hb$ | **88.9** | % | [ - ] |
| ? FCOHb | **2.4** | % | [ - ] |
| ? FHHb | **6.3** | % | [ - ] |
| ? FMetHb | **2.4** | % | [ - ] |
| **Электролиты** | | | |
| ? $cK^+$ | **3.5** | mmol/L | [ - ] |
| ? $cNa^+$ | **130** | mmol/L | [ - ] |
| ? $cCa^{2+}$ | **1.15** | mmol/L | [ - ] |
| ? $cCl^-$ | **115** | mmol/L | [ - ] |
| **Метаболиты** | | | |
| ? cGlu | **5.5** | mmol/L | [ - ] |
| ? cLac | **1.9** | mmol/L | [ - ] |
| ? ctBil | **96** | µmol/L | [ - ] |
| **Вычисленные значения** | | | |
| ? mOsm,c | **266.3** | mmol/kg | |
| ? Остаточные | **-12.8** | mmol/L | |

02.PNG

| | | |
|---|---|---|
| **Кислородный статус** | | |
| ? $ctO_2$,c | **12.8** | Vol% |
| ? p50,c | **17.36** | mmHg |
| ? $pO_2$(A-a),e | **147.5** | mmHg |
| ? Qx,c | **6.6** | |
| ? $pO_2$(x),c | **19.2** | mmHg |
| ? $pO_2$(a/A),e | **24.7** | % |
| **Кислотно-щелочной статус** | | |
| ? cBase(ecf),c | **7.8** | mmol/L |
| ? $cHCO_3^-$(P,st),c | **31.2** | mmol/L |
| ? ABE c | **7.5** | mmol/L |
| ? SBE c | **7.8** | mmol/L |
| ? Hct,c | **31.7** | % |

03.PNG

### 3.2. Клинический анализ крови

| Параметр | Результат | Ед изм | Реф. интервалы |
|---|---|---|---|
| Лейкоциты / WBC | 9.7 | $10^9$/L | 5,9 - 17,5 |
| Эритроциты / RBC | 2.95 | $10^{12}$/L | 3,3 - 5,3 |
| Гемоглобин / HGB | 118 | g/L | 107 - 171 |
| Гематокрит / HCT | 0.36 | L/L | 0,33 - 0,55 |
| Тромбоциты / PLT | 223 | $10^9$/L | 248 - 586 |
| Нейтрофилы (абс) | 3201 | $10^9$/L | |
| Палочкоядерные % | 3 | % | 1 - 6 |
| Сегментоядерные% | 30 | % | 14 - 49 |
| Эозинофилы % | 10 | % | 0,5 - 5 |
| Лимфоциты % | 45 | % | 32 - 77 |
| Моноциты % | 12 | % | 4 - 14 |
| Базофилы % | 0 | % | 0 - 1 |

### 3.5. Определение уровня триглицеридов крови

| Параметр | Значение | Ед. измерения |
|---|---|---|
| Триглицериды | 1.6 | ммоль/л |

## Вопрос 2

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости
2. **рентгенографию легких**
3. **пульсоксиметрию**
4. электрокардиограмму
5. **контроль артериального давления**
6. исследование церебральной функции мозга

**Правильные ответы:**
**2 - рентгенографию легких**
**3 - пульсоксиметрию**
**5 - контроль артериального давления**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендуется проведение рентгенографии легких пациентам с БЛД или с подозрением на развитие БЛД, находящимся в стационаре с диагностической целью, с целью оценки динамики патологического процесса в легких, исключения синдромов утечки воздуха, пневмонии и других состояний.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

Рекомендуется суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров: степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии, частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД) и частоты дыхания (ЧД) всем пациентам с БЛД и с подозрением на БЛД, находящимся в стационаре. После выписки из стационара детям с сохраняющейся кислородозависимостью рекомендовано регулярное измерение степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии в амбулаторных условиях (на дому, при визитах к врачу).

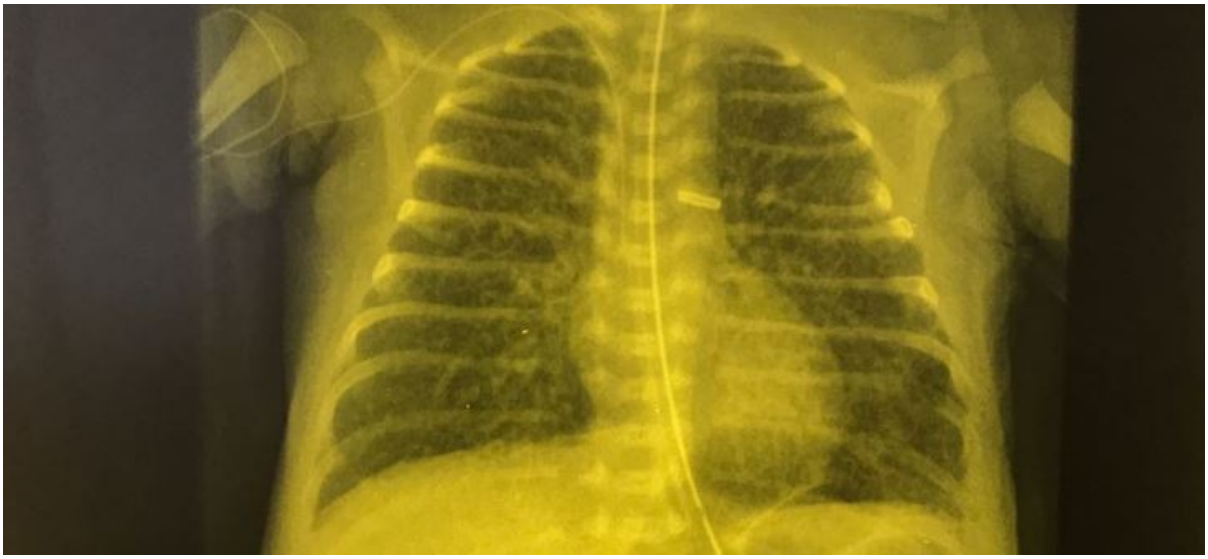
Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

Рекомендуется суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров: степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии, частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД) и частоты дыхания (ЧД) всем пациентам с БЛД и с подозрением на БЛД, находящимся в стационаре. После выписки из стационара детям с сохраняющейся кислородозависимостью рекомендовано регулярное измерение степени насыщения гемоглобина кислородом методом пульсоксиметрии в амбулаторных условиях (на дому, при визитах к врачу).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## 5. Результаты инструментальных методов обследования

### 5.1. Рентгенография легких



рентгенографию грудной клетки6.JPG

На рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции, с двух сторон легочный рисунок усилен по сетчатому типу, с очагово- подобной перестройкой. В нижней доле слева участки буллезной деформации. Определяется сгущение и усиление легочного рисунка справа

### 5.2. Пульсоксиметрия

Сатурация 96%

### 5.3. Контроль артериального давления




контроль артериального давления6.JPG

### 5.4. Исследование церебральной функции мозга

ЦФМ-мониторинг

Запись артефактна наложением механических артефактов (аппаратных). Эпизоды кривой, поддающиеся анализу, представлены прерывистым фоновым паттерном с А мин 8-9 мкВ, А макс 10-25 мкВ. Эпилептической активности не зарегистрировано

### 5.5. Электрокардиограмма

Интервалы:

PQ-0,08 сек

QRS -0,04 сек

QT/QTc=200/384 мсек

R-R=0,26-0,27 сек (ЧСС=156-162 уд/мин)

Отклонение эл. оси сердца вправо. Синусовый ритм. Заостренный зубец Р с амплитудой 3 мм в II ст. отв. (гипертрофия правого предсердия). Нарушение процессов реполяризации в миокарде левого желудочка (снижение амплитуды зубца Т в III, aVL и aVF отв). Элевация сегмента ST в V4-V6 отв до +1.5 мм (норма <2,0 мм).

### 5.6. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Печень: не увеличена;

Паренхима печени однородна. Край печени острый. система ВВ – не расширена

Желчный пузырь: частично сокращен

Поджелудочная железа: не увеличена. Контуры четкие, ровные.

Паренхима не изменена.

Селезенка: 34 х 18 мм, не увеличена. Паренхима не изменена.

Свободная жидкость: нет

Петли кишки не расширены, воздушны, перистальтика определяется.

Заключение: патологии не выявлено

## Вопрос 3

Одной из дополнительных диагностических процедур является

1. нейросонография
2. **эхокардиография**
3. рентгенография брюшной полости
4. ультразвуковое исследование почек

**Правильный ответ:**
**2 - эхокардиография**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендуется проведение эхокардиографии (ЭхоКГ) детям с БЛД или с подозрением на формирование БЛД с целью выявления патологии со стороны сердца, в том числе в качестве скрининговой методики выявления хронической легочной гипертензии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## 7. Результаты обследования

### 7.1. Эхокардиография

Левый желудочек не увеличен

Левое предсердие не увеличено

КДР 9 мм, КСР 6 мм, ФВ 82%, ФУ 42%

Правые отделы увеличены

Митральный клапан створки тонкие, подвижные

ФК 7 мм, регургитации нет

Аортальный клапан трехстворчатый, не изменен

ФК 4,0 мм, регургитации нет

Аорта: восходящая не изменена; дуга не изменена; перешеек не сужен

гр. давления на перешейке 7 мм.рт.ст.

Легочный клапан створки тонкие, подвижные

ФК 6 мм, регургитации нет, ГД 3 мм.рт.ст.

Легочная артерия расширена, ствол 7 мм

Трикуспидальный клапан створки тонкие, подвижные

ФК 9 мм, степень регургитации 1+, Рпж - 55 мм рт. ст., при систолическом давлении 87 мм рт. ст.

МЖП интактна

МПП МПС 2,5 мм, перекрестный

ОАП не визуализируется

Дополнительные данные: дополнительная хорда левого желудочка.

Свободной жидкости в полости перикарда не выявлено.

Заключение: Повышенное давление в ПЖ (55 мм рт. ст.).

НТК1+.

МПС.

Увеличение правых отделов.

### 7.2. Ультразвуковое исследование почек

Почки расположены типично, контуры четкие.

Правая почка: 39х16 мм, не увеличена

Паренхима дифференцирована

лоханка 5,0мм стенки не изменены

Левая почка: 39х18 мм, не увеличена

Паренхима дифференцирована

лоханка не расширена, стенки не изменены

Надпочечники: не изменены.

Заключение: УЗ-картина без очаговой патологии.

## 2. Диагноз

## Вопрос 4

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

1. Нижнедолевая пневмония
2. Муковисцидоз
3. **Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде**
4. Бронхиолит, ассоциированный с респираторно-синцитиальным вирусом

**Правильный ответ:**
**3 - Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Критериями установления диагноза БЛД являются:

- недоношенность (подавляющее большинство детей имеют гестационный возраст <32 недель);
- стойкое паренхиматозное поражение легких, подтверждаемое при исследовании газов крови (гипоксемия, гиперкапния) и проведении рентгенографии органов грудной клетки (снижение пневматизации, эмфизема, лентообразные уплотнения);
- потребность в инвазивной/неинвазивной ИВЛ, респираторной поддержке с постоянным положительным давлением в дыхательных путях (CPAP), дотации кислорода через назальные канюли в 28 суток жизни и/или 36 недель ПКВ с концентрацией кислорода (FiO2) более 0,21 в течение более 3 последовательных дней для поддержания уровня насыщения гемоглобина

крови кислородом (сатурации) в диапазоне 90-95% (исключая новорожденных, которым ИВЛ проводится по поводу другого заболевания дыхательных путей или других заболеваний, связанных с поражением дыхательного центра, нервно-мышечными заболеваниями).

В 36 недель ПКВ диагноз формулируется с указанием степени тяжести (легкая, среднетяжелая, тяжелая форма).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## 9. Диагноз

### 9.1. Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде

## Вопрос 5

На основании клинических данных у пациента имеет место _____ форма бронхолегочной дисплазии

1. классическая
2. легкая
3. среднетяжелая
4. **тяжелая**

**Правильный ответ:**
**4 - тяжелая**

**ОБОСНОВАНИЕ**

| Степень тяжести БЛД | Диагностические критерии для детей различного гестационного возраста при рождении | |
|---|---|---|
| | Гестационный возраст | |
| | <32 нед | ≥32 нед |
| | Время и условия оценки | |
| | 36 недель постконцептуального возраста или выписка домой (что наступит раньше) | От 28 до 56 дней после рождения или при выписке домой (что наступит раньше) |
| | Терапия кислородом более 21% в течение 28 сут* | |
| Легкая БЛД | Дыхание комнатным воздухом в 36 нед. или при выписке | Дыхание комнатным воздухом на 56-й день или при выписке |
| Среднетяжелая БЛД | Потребность в кислороде менее 30% в 36 нед. или при выписке | Потребность в кислороде менее 30% на 56-й день жизни или при выписке |
| Тяжелая БЛД | Потребность в кислороде более 30% и/или PPV, NCPAP в 36 недель или при выписке | Потребность в кислороде более 30% и/или PPV, NCPAP на 56-й день жизни или при выписке |

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## 3. Лечение

### Вопрос 6

Тактика ведения и лечения ребенка заключается в

1. ингаляции с натрия гидрокарбонатом
2. системном назначение стероидов
3. терапии β -адреноблокаторами
4. **снижении дотации кислорода**

**Правильный ответ:**
**4 - снижении дотации кислорода**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендуется проводить оксигенотерапию пациентам с БЛД и с подозрением на развитие БЛД при невозможности поддержания целевых значений $SpO_2$ 91-95%, для купирования гипоксемии. При снижении потребности в кислороде менее 25-30% целесообразно переходить на подачу $O_2$ через низкопоточные носовые канюли с последующей постепенной отменой.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

### Вопрос 7

Кортикостероидная терапия данному пациенту

1. показана системными кортикостероидами - дексаметазоном
2. показана системными кортикостероидами – гидрокортизоном
3. показана ингаляционными кортикостероидами
4. **не показана**

**Правильный ответ:**
**4 - не показана**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Назначение дексаметазона (код АТХ H02AB) с целью лечения БЛД следует рассмотреть у детей, продолжающих находиться на инвазивной ИВЛ в возрасте более 28 суток жизни и/или более 36 нед ПКВ (если ранее терапия глюкокортикоидами (код АТХ H02AB) с целью профилактики БЛД не проводилась, либо была неэффективна), а также при сохраняющейся потребности в неинвазивной респираторной поддержке в возрасте более 40 недель ПКВ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## Вопрос 8

На основании данных эхокардиографии ребенку показана терапия

1. атенололом
2. **силденафилом**
3. гипотиазидом
4. дигоксином

**Правильный ответ:**
**2 - силденафилом**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Детям с хронической ЛГ на фоне БЛД рекомендуется в качестве препаратов в вазодилятирующим эффектом первой линии терапии ЛГ селективное назначение - силденафил, для нормализации СДЛА и устранения гипоксемии.

Применение силденафила (код АТХ G04B) показано при неэффективности оксигенотерапии в течение 4 недель для нормализации давления в легочной артерии. Силденафил (код АТХ G04B) селективно ингибирует цГМФ - специфическую фосфодиэстеразу-5, за счет чего реализуется выраженный вазодилятирующий эффект и снижение давления в ЛА. Согласно современным исследованиям, доза силденафила (код АТХ G04B) 1-2 мг/кг/сутки в 3-4 введения перорально оказывает наилучший эффект в снижении систолического давления в легочной артерии без возникновения выраженных побочных эффектов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## Вопрос 9

Терапия метилксантинами рекомендуется всем

1. недоношенным новорожденным с РДС
2. **недоношенным новорожденным ГВ менее 32 недель на неинвазивной ИВЛ**
3. недоношенным новорожденным с врожденной пневмонией
4. недоношенным новорожденным на инвазивной ИВЛ

**Правильный ответ:**
**2 - недоношенным новорожденным ГВ менее 32 недель на неинвазивной ИВЛ**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Рекомендуется терапию кофеином включать в стандарт ухода за глубоко недоношенными детьми с РДС, так как она способствует успешной экстубации и снижению частоты формирования БЛД.

Недоношенным новорожденным с высоким риском развития БЛД ГВ < 32 недель, находящимся на неинвазивной ИВЛ, а также на инвазивной ИВЛ перед планирующейся экстубацией, рекомендуется раннее назначение производных ксантина (код АТХ N06BC) - кофеина цитрат в первые 72 часа жизни с целью

стимуляции дыхательного центра, лечения первичного апноэ, увеличения минутной вентиkяции, снижения порога чувствительности к гиперкапнии и усиления ответа на гиперкапнию.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## Вопрос 10

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии рекомендуется пассивная иммунизация против

1. **РСВ-инфекции**
2. гепатита В
3. коклюша
4. туберкулеза

**Правильный ответ:**
**1 - РСВ-инфекции**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Всем детям с БЛД на первом году жизни и детям с БЛД на втором году жизни, в случаях, если требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 месяцев рекомендуется назначение специфического иммуноглобулина - паливизумаб (код АТХ J06BB) для профилактики РСВИ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

### 4. Вариатив

## Вопрос 11

Одним из показаний для терапии системными стероидами является/являются

1. **повторные неудачные попытки экстубации**
2. легочная гипертензия
3. гиперкапния
4. среднее давление в дыхательных путях 6 см вод. ст

**Правильный ответ:**
**1 - повторные неудачные попытки экстубации**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Профилактическое назначение дексаметазона (код АТХ H02AB) может быть рассмотрено у недоношенных новорожденных старше 7 суток, находящихся на инвазивной ИВЛ, при наличии у них высокой потребности в оксигенотерапии и высокого среднего давления в дыхательных путях (FiO2 >0,5 и/или MAP ≥10 см. вод. ст.), при наличии на рентгенограмме признаков интерстициального отека, повторных неудачных попытках экстубации.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)

## Вопрос 12

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

1. раннее назначение эритропоэтина
2. **стартовую неинвазивную ИВЛ**
3. отсроченное пережатие пуповины
4. терапию диуретиками

**Правильный ответ:**
**2 - стартовую неинвазивную ИВЛ**

**ОБОСНОВАНИЕ**

Недоношенным новорожденным с высоким риском развития БЛД при наличии дыхательных нарушений рекомендуется по возможности избегать инвазивной ИВЛ путем применения стартовой неинвазивной респираторной терапии CPAP и других неинвазивных стратегий (NIPPV) для предотвращения повреждения легких.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г. (1)