

Неонатология - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Неонатология | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросы: 12

Неонатология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Неонатология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Недоношенная девочка с гестационным возрастом 35 недель переведена в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНИД) на 2 сутки жизни.

1.2. Жалобы

На появление на конец 1 суток жизни у ребенка пузырей с мутным содержимым в области подошв и ладоней, при вскрытии с образованием эрозивных поверхностей, трудности с грудным вскармливанием.

1.3. Анамнез заболевания

После рождения наблюдался на совместном пребывании с матерью. На конец 1 суток жизни у ребенка при осмотре отмечено появление пузырей с мутным содержимым в области подошв, при вскрытии с образованием эрозивных поверхностей. В динамике отмечалось появление новых пузырей на ладонях, проводилась обработка. Так же мама ребенка отмечает трудности с грудным вскармливанием.

1.4. Анамнез жизни

Недоношенная девочка от 2 беременности, наступившей самопроизвольно. (1 беременность – медицинский аборт по желанию женщины), протекавшей на фоне: +

1 триместр – токсикоз легкой степени, 2 триместр – токсикоз легкой степени, анемия, (принимала препараты железа), 3 триместр не наблюдалась ввиду отъезда, со слов – без особенностей. +

Особенности течения родов: 1 преждевременные самопроизвольные роды на 35 неделе (безводный промежуток 7ч 45 мин). Масса тела при рождении 2300г, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов. В род. зале реанимационные мероприятия не проводились. +

После рождения наблюдалась в палате совместно с матерью. Находилась на смешанном вскармливании (трудности с грудным вскармливанием). В конце 1 суток жизни у ребенка при осмотре отмечено появление пузырей с мутным содержимым в области подошв, при вскрытии которых образуются эрозивные поверхности. В динамике отмечалось появление новых пузырей на ладонях, проводилась обработка.

1.5. Объективный статус

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Наблюдается в кроватке. Температура тела 37,2°C. +

Кожные покровы розовые, стопы и кисти рук под асептической повязкой, при осмотре без повязки, отмечаются участки крупно пластинчатого шелушения на фоне эрозивных изменений, пузыри с мутным содержимым, участки мелко пластинчатого шелушения больше в области сгиба телных поверхностей. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Периумбиликальная область без воспалительных изменений. +

Голова: округлая, швы сомкнуты. Большой родничок 1,0x1,2 см. Малый родничок закрыт.

Родовая опухоль - практически регрессировала (в теменно-затылочной области) Ключицы целы, пальпируются четко по всей длине. Симптом соскальзывания - отрицательный. +

На осмотр реагирует нарастанием двигательной активности. Глаза открывает. Крик средней силы. Мышечный тонус дистоничный, с преобладанием гипотонии. Рефлексы новорожденных вызываются, но быстро истощаются. +

Грудная клетка симметричная, цилиндрической формы. Аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, несколько ослаблено, выслушиваются единичные проводные хрипы. Оксигенируется устойчиво, дотации дополнительного кислорода не требуется. Носовое дыхание несколько затруднено, отмечается слизисто-серозное отделяемое в умеренном количестве. +

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Периферическая пульсация удовлетворительная. +

Живот не вздут, мягкий, перистальтика кишечника выслушивается, активная. Печень + 2,5 см, селезенка не увеличена. Стул при осмотре был, самостоятельный, без патологических примесей. +

Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, большие половые губы прикрывают малые.



Объективный статус

1. План обследования

1. Вопрос

К основным методам обследования для постановки диагноза относится

1. выполнение Прик-теста
- 2. темнопольная микроскопия материала пациента**
- 3. исследование методом реакции пассивной гемагглютинации**
- 4. осмотр плаценты с обязательным гистологическим исследованием**
- 5. полимеразно-цепная реакция материала пациента**
6. физикальный осмотр с использованием Лампы Вуда

Правильные ответы: темнопольная микроскопия материала пациента; исследование методом реакции пассивной гемагглютинации; осмотр плаценты с обязательным гистологическим исследованием; полимеразно-цепная реакция материала пациента

«Диагностика врожденного сифилиса

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ).

Согласно критериям ВОЗ (1999), случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при обнаружении *Tr. pallidum* методом темнопольной микроскопии, ПЦР или ИГХ в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.»

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 21

«Диагностика врожденного сифилиса +

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ). +

Согласно критериям ВОЗ (1999), случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при обнаружении *Tr. pallidum* методом темнопольной микроскопии, ПЦР или ИГХ в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.»

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 21

«Диагностика врожденного сифилиса +

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ). +

Согласно критериям ВОЗ (1999), случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при обнаружении *Tr. pallidum* методом темнопольной микроскопии, ПЦР или ИГХ в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.» +

«При поступлении роженицы в родильный дом без обменной карты необходимо не только исследовать кровь на РМП, но и госпитализировать ее в наблюдательное отделение. Сюда же госпитализируют женщин, не получавших полноценного лечения на сифилис или не снятых с диспансерного учета. Осмотр и роды следует проводить в перчатках. После родов проводят осмотр плаценты, взвешивание ее и взятие кусочка на гистологическое исследование (желательно пуповины)»

* Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 21

* Дерматовенерология : учебник для студентов высших учебных заведений / В.В. Чеботарёв, О.Б. Тамразова, Н.В. Чеботарёва, А.В. Одинец. -2013

«Диагностика врожденного сифилиса +

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ). +

Согласно критериям ВОЗ (1999), случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при обнаружении *Tr. pallidum* методом темнопольной микроскопии, ПЦР или ИГХ в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.»

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 21

3. Результаты обследования

3.1. Темнопольная микроскопия материала пациента

Отрицательный

3.2. Полимеразно-цепная реакция материала пациента

Обнаружена *T.pallidum*

3.3. Исследование методом реакции пассивной гемагглютинации

Положительный, титр 1:160

3.4. Осмотр плаценты с обязательным гистологическим исследованием

Макроскопически плацента крупная, гипертрофированная, дряблая, хрупкая, легко рвущаяся и тяжелая. При гистологическом исследовании плаценты в зародышевой ее части выявлен отек, обильное разрастание грануляционных клеток и абсцессы в ворсинках.

3.5. Выполнение Прик-теста

Отрицательный

2. Вопрос

Для верификации диагноза у новорожденной с подобной клинической картиной рекомендовано проконсультировать ребенка у

1. кардиолога
2. детского хирурга

3. оториноларинголога

4. эпидемиолога

5. офтальмолога

6. невролога

Правильные ответы: оториноларинголога; офтальмолога; невролога

«Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

–офтальмолога, невролога, оториноларинголога – детям с подозрением на врожденный сифилис;

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 25

«Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

–офтальмолога, невролога, оториноларинголога – детям с подозрением на врожденный сифилис;

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 25

«Консультации других специалистов рекомендованы в следующих случаях:

–офтальмолога, невролога, оториноларинголога – детям с подозрением на врожденный сифилис;

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 25

2. Диагноз

3. Вопрос

Учитывая полученные данные, основной предполагаемый диагноз

1. Атопический дерматит\ринит новорожденного
2. Врожденный буллезный эпидермолиз, легкая форма

3. Ранний врожденный сифилис с симптомами

4. Стафилококковый пемфигус новорожденного

Правильный ответ: Ранний врожденный сифилис с симптомами

«Диагностика врожденного сифилиса +

Диагноз устанавливается на основании анамнеза матери, клинических проявлений, данных рентгенологического исследования и результатов серологических реакций (РМП/РПР, ИФА, РПГА, РИБТ, РИФ). +

Согласно критериям ВОЗ (1999), случай врожденного сифилиса считается подтвержденным при обнаружении *Tr. pallidum* методом темнопольной микроскопии, ПЦР или ИГХ в материале, полученном из отделяемого высыпаний, амниотической жидкости, ткани плаценты, пуповины или в аутопсийных образцах.»

«При поступлении роженицы в родильный дом без обменной карты необходимо не только исследовать кровь на РМП, но и госпитализировать ее в наблюдательное отделение. Сюда же госпитализируют женщин, не получавших полноценного лечения на сифилис или не снятых с диспансерного учета. Осмотр и роды следует проводить в перчатках. После родов проводят осмотр плаценты, взвешивание ее и взятие кусочка на гистологическое исследование (желательно пуповины).»

* Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 21

* Дерматовенерология : учебник для студентов высших учебных заведений / В.В. Чеботарёв, О.Б. Тамразова, Н.В. Чеботарёва, А.В. Одинец. -2013

6. Диагноз

6.1. Ранний врожденный сифилис с симптомами

3. Лечение

4. Вопрос

Лечение новорожденных с такой патологией проводится

1. в амбулаторных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза

2. в стационарных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза

3. в амбулаторных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания

4. в стационарных условиях и должно быть начато строго после этиологической верификации заболевания

Правильный ответ: в стационарных условиях и должно быть начато сразу после постановки предварительного диагноза

«Организационные аспекты +

Лечение новорожденных с врожденным сифилисом проводится в стационарных условиях и должно быть начато сразу же после постановки предварительного диагноза, не дожидаясь результатов этиологической верификации заболевания. +

В условиях родильного дома терапия может быть ограничена патогенетическими и симптоматическими средствами, при необходимости проводятся реанимационные мероприятия.

Ребенок должен быть переведен в отделение патологии новорожденных (детской многопрофильной больницы, регионального перинатального центра – в зависимости от принятой в регионе практики) в максимально возможные ранние сроки...»

Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса РАСПМ, 2016, стр. 9

5. Вопрос

Препаратом выбора для специфической терапии является

1. ванкомицин

2. бензилпенициллина натриевая соль

3. цефтриаксон

4. карбапенем

Правильный ответ: бензилпенициллина натриевая соль

«Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом

– бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В): детям в возрасте до 1 месяца- 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 4 инъекции (каждые 6 часов). Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо уменьшение кратности введения пенициллина до 4 раз в сутки.»

«...врождённым сифилисом, проводят одним из препаратов пенициллина. Суточную дозу бензилпенициллина натриевой соли, составляющую 100 000 ЕД/кг, разделённую на 4 инъекции (каждые 6 ч), назначают на 14 дней. Разовая доза дюранных препаратов пенициллина (экстенциллин, ретарпен) и препаратов средней дюрантности (прокаин-бензилпенициллин, бензилпенициллина новокаиновая соль) — 50 000 ЕД/кг массы тела.»

* Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса РАСПМ, 2016, стр. 31

* Национальное руководство «Неонатология», Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2013 г, 575 стр.

(1)

6. Вопрос

Препаратом резерва для специфической терапии у новорожденных является

1. цефтриаксон или ампициллина натриевая соль

2. только бензилпенициллина новокаиновая соль

3. любой препарат из группы карбапенемов

4. бензилпенициллина новокаиновая соль или бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая

Правильный ответ: цефтриаксон или ампициллина натриевая соль

«При указании на наличие аллергических реакций на пенициллин используются препараты резерва: 31

– цефтриаксон (D) детям первых двух месяцев жизни назначают в дозе 50 мг/кг массы тела в сутки в 2 введения, детям от двух месяцев до 2 лет – в дозе 80 мг/кг массы тела в сутки в 2 введения. Продолжительность лечения при манифестном или скрытом раннем врожденном сифилисе – 20 суток, при раннем врожденном сифилисе с поражением ЦНС – 28 суток.

или

– ампициллина натриевая соль по 100 тыс. ЕД на кг массы тела 2 раза в сутки с 1 по 8 день жизни, 3 раза в сутки – с 9 по 30 день жизни, 4 раза в сутки – после 1 месяца жизни. При манифестных и скрытых формах раннего врожденного сифилиса продолжительность лечения – 20 суток, при поражении ЦНС – в течение 28 суток»

Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике врожденного сифилиса РАСПМ, 2016, стр. 31

7. Вопрос

При выявлении патологических изменений в спинно-мозговой жидкости (СМЖ), или в случае, если исследование не было проведено, не назначают

1. цефалоспорины III поколения

2. препараты перорально или внутримышечно

3. стандартные дозы пенициллинов, только менингеальные

4. дюранные препараты пенициллина

Правильный ответ: дюранные препараты пенициллина

«Выбор препарата зависит от результатов исследования СМЖ ребёнка: при отсутствии патологии в СМЖ можно применять любой из упомянутых препаратов; при патологических изменениях СМЖ (или если исследование не проводилось) дюранные препараты пенициллина не назначают»

Национальное руководство «Неонатология», Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2013 г, 575 стр.

(1)

8. Вопрос

При специфической терапии препарат выбора назначается _____ из расчета + _____ + ЕД /кг

1. перорально; 100 000

2. внутримышечно; 100 000

3. внутримышечно; 50 000

4. внутривенно; 50 000

Правильный ответ: внутримышечно; 100 000

«Врождённым сифилисом, проводят одним из препаратов пенициллина. Суточную дозу бензилпенициллина натриевой соли, составляющую 100 000 ЕД/кг, разделённую на 4 инъекции (каждые 6 ч), назначают на 14 дней. Разовая доза дюранных препаратов пенициллина (экстенциллин, ретарпен) и препаратов средней дюрантности (прокаин- бензилпенициллин, бензилпенициллина новокаиновая соль) — 50 000 ЕД/кг массы тела.»

Национальное руководство «Неонатология», Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2013 г, 577 стр.

(1)

9. Вопрос

К одним из показаний к проведению профилактического лечения новорожденной относится

1. лечение матери до 32 недели беременности

2. наличие у матери аллергической реакции на препарат выбора

3. специфическое лечение матери эритромицином

4. тяжелое состояние матери после родов

Правильный ответ: специфическое лечение матери эритромицином

«Показания к профилактическому лечению новорождённого:

- недостаточное и неполноценное специфическое лечение матери;
- поздно начатое специфическое лечение матери (после 32 нед. беременности);
- специфическое лечение матери эритромицином;
- отсутствие профилактического лечения матери (если оно было показано).

Национальное руководство «Неонатология», Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2013 г, 577 стр.

(1)

10. Вопрос

При специфической терапии препарат выбора назначается _____ раз(а) в сутки, путь введения

1. 4; пероральный

2. 6; любой

3. 4; внутримышечный

4. 2; внутривенный

Правильный ответ: 4; внутримышечный

«Врождённым сифилисом, проводят одним из препаратов пенициллина. Суточную дозу бензилпенициллина натриевой соли, составляющую 100 000 ЕД/кг, разделённую на 4 инъекции (каждые 6 ч), назначают на 14 дней. Разовая доза дюранных препаратов пенициллина (экстенциллин, ретарпен) и препаратов средней дюрантности (прокаин- бензилпенициллин, бензилпенициллина новокаиновая соль) — 50 000 ЕД/кг массы тела.»

Национальное руководство «Неонатология», Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2013 г, 577 стр.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

При врожденной манифестной форме заболевания рекомендованная продолжительность антибактериальной терапии составляет

1. 2 недели

2. 28 суток

3. 1 месяц

4. 20 суток

Правильный ответ: 28 суток

«Лечение детей +

Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом

* бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В):

- детям в возрасте до 1 месяца – 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 4 инъекции (каждые 6 часов), внутримышечно;

- детям в возрасте от 1 до 6 месяцев – 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа), внутримышечно;

- детям в возрасте старше 6 месяцев – 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно;

- детям в возрасте старше 1 года – 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно

- в течение 20 суток при скрытом раннем врожденном сифилисе;

- в течение 28 суток – при манифестном раннем врожденном сифилисе, в том числе при поражении центральной нервной системы, подтвержденном положительными серологическими реакциями ликвора.

В случае отказа матери от проведения люмбальной пункции ребенку, курс лечения также должен составлять 28 дней»

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 33

12. Вопрос

Диспансерное наблюдение детей, перенесших данное заболевание, проводится в течение

1. 6 месяцев

2. 1 года

3. 3 лет

4. 5 лет

Правильный ответ: 3 лет

«Дети, получавшие специфическое лечение, состоят на КСК в течение 3 лет»

Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2015, стр. 40