

Кейсы | Высшее образование | Неонатология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Неонатология | Записей: 2

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 тельных 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 анатомио-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

Неонатология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Неонатология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Недоношенный ребенок находится в отделении реанимации новорожденных. На респираторной терапии методом СРАР 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 SpO₂ 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. O₂ 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 СРАР с FiO₂ 0,3.

1.4. Объективный статус

Возраст: 77-е сутки жизни.

Респираторная терапия: СРАР FiO₂ 0,30 pEEP{plus}5,0 см.вд.ст.

ЧСС 172 уд. в минуту, ЧД 64 в минуту, SpO2 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

1. Вопрос

К обязательным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

1. определение уровня калия в крови

2. клинический анализ крови

3. определение уровня триглицеридов крови

4. общий анализ мочи

5. исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови

Правильные ответы: клинический анализ крови; исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови

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)

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)

2. Вопрос

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

1. электрокардиограмму
2. ультразвуковое исследование органов брюшной полости

3. пульсоксиметрию

4. исследование церебральной функции мозга

5. рентгенографию легких

6. контроль артериального давления

Правильные ответы: пульсоксиметрию; рентгенографию легких; контроль артериального давления

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 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)

3. Вопрос

Одной из дополнительных диагностических процедур является

1. ультразвуковое исследование почек
2. рентгенография брюшной полости

3. эхокардиография

4. нейросонография

Правильный ответ: эхокардиография

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)

2. Диагноз

4. Вопрос

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

1. Муковисцидоз

2. Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде

3. Нижнедолевая пневмония

4. Бронхиолит, ассоциированный с респираторно-синцитиальным вирусом

Правильный ответ: Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде

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)

5. Вопрос

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

1. тяжелая

2. среднетяжелая

3. легкая

4. классическая

Правильный ответ: тяжелая

| Степень тяжести БЛД

2+| Диагностические критерии для детей различного гестационного возраста при рождении

.5+|

2+| Гестационный возраст

| <32 нед | ≥32 нед

2+| 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)

2+| Терапия кислородом более 21% в течение 28 сут{*}

| Легкая БЛД а| Дыхание комнатным воздухом в 36 нед. или при выписке

| Дыхание комнатным воздухом на 56-й день или при выписке

| Среднетяжелая БЛД а| 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 а| 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
{nbsp}

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г.

(1)

3. Лечение

6. Вопрос

Тактика ведения и лечения ребенка заключается в

1. ингаляции с натрия гидрокарбонатом
2. терапии β -адреноблокаторами

3. снижении дотации кислорода

4. системном назначении стероидов

Правильный ответ: снижении дотации кислорода

Рекомендуется проводить оксигенотерапию пациентам с БЛД и с подозрением на развитие БЛД при невозможности поддержания целевых значений SpO₂ 91-95%, для купирования гипоксемии. При снижении потребности в кислороде менее 25-30% целесообразно переходить на подачу O₂ через низкотоочные носовые канюли с последующей постепенной отменой.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г.

(1)

7. Вопрос

Кортикостероидная терапия данному пациенту

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

4. не показана

Правильный ответ: не показана

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)

8. Вопрос

На основании данных эхокардиографии ребенку показана терапия

1. атенололом
2. дигоксином

3. силденафилом

4. гипотиазидом

Правильный ответ: силденафилом

Детям с хронической ЛГ на фоне БЛД рекомендуется в качестве препаратов в вазодилиатирующим 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 вазодилиатирующий 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)

9. Вопрос

Терапия метилксантинами рекомендуется всем

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

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

Рекомендуется терапию кофеином включать в стандарт ухода за глубоко недоношенными детьми с РДС, так как она способствует успешной экстабации 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 экстабацией, 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 вентилизации, снижения порога чувствительности к гиперкапнии и усиления ответа на гиперкапнию.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

Для профилактики обострений бронхолегочной дисплазии рекомендуется пассивная иммунизация против

1. гепатита В
2. коклюша
3. туберкулеза

4. РСВ-инфекции

Правильный ответ: РСВ-инфекции

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 J06BV) для профилактики РСВИ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

Одним из показаний для терапии системными стероидами является/являются

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

Правильный ответ: повторные неудачные попытки экстубации

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 ($\text{FiO}_2 > 0,5$ и/или $\text{MAP} \geq 10$ см. вод. ст.), при наличии на рентгенограмме признаков интерстициального отека, повторных неудачных попытках экстубации.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г.

(1)

12. Вопрос

Профилактика формирования бронхолегочной дисплазии включает в себя

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

Правильный ответ: стартовую неинвазивную ИВЛ

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

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхолегочная дисплазия, 2024 г.

(1)