Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области "Калужская областная клиническая больница" 248007 г.Калуга, ул.Вишневского, д.1

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №28153/487

Ребёнок Шишкина Милана Даниловна

I ребенок из двойни (девочка)

Родилась в ОРИТН ГБУЗ КОКБ ПЦ 05.10.2017 в 11:44

в ОРИТН ГБУЗ КОКБ ПЦ с 05.10.2017 по 04.03.2018

в ОПННД ПЦ с 04.03.2018

Повторно в ОРИТН с 23.04.18

Возраст в настоящее время - 203 сутки жизни (7 месяцев)

Постконцептуальный возраст - 53 $^{6}/_{7}$ недель

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной - *Бронхолегочная дисплазия тяжелой степени (P27.1).*

Осложнения основного диагноза - *Дыхательная недостаточность III степени (P28.5). Супрасистемная рефрактерная легочная гипертензия.*

Сопутствующий диагноз - *Крайне низкая масса тела при рождении (P07.0). Инфекция, специфичная для перинатального периода, смешанной этиологии, бактериально-грибковая (P39.9). Врожденная цитомегаловирусная инфекция (P35.1). Интерстициальная легочная эмфизема (P25). Недоношенность 25 $^{1}/_{7}$ недели (P07.3). Открытый артериальный проток (Q25.0). Ретинопатия недоношенных (H35.1). Аргоновая лазерная коагуляция сетчатки от 19.01.18г. Инфекция мочевыводящих путей (N39.0). Острый вульвовагинит. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, задержка психомоторного развития, синдром двигательных нарушений, гипертензионный синдром. Анемия недоношенных тяжелая (трансфузии отмытых эритроцитов 23.10.17, 05.11.17, 11.12.17, 15.12.17, 16.01.18). 1 ребенок из двойни.*

Анамнез. ФИО матери: Шишкина Ирина Владимировна, дата рождения 02.11.1981 года, возраст 35 лет. **Номер телефона:** 8(915)899-19-[illegible] **Адрес:** г. Калуга, [illegible] Болотникова, д. 14, кв. 4. **Паспорт:** серия [illegible] 735484, [illegible] 02.[illegible].2005 г. [illegible] Новодеревеньк[illegible] РОВД Орловской обл[illegible] **Полиса обяз[illegible]льного медицинского страхования ребенка:** С[illegible] «ВТБ-МС» 16[illegible]172 [illegible]тельство о рож[illegible]нии I-НК № 831[illegible] дата выдачи 09.[illegible]

Анамнез матери. ОРВИ, мочекаменная болезнь, кандидозный кольпит, эрозия шейки матки (в 2005 году диатермокоагуляция). ВИЧ от 10.07.17 - отр.; RW от 10.07.17 - отр.; Гепатит С от 10.07.17 - отр.; HBs Ag от 10.07.17 - отр.

Настоящая беременность VI (I – в 2005 году своевременные роды, вес ребенка 3100 г, II – в 2007 году неразвившаяся беременность (abrasio), III – 2009 год неразвившаяся беременность (abrasio), IV - 2014 год мед.аборт, V в 2015 году – своевременные роды, вес ребенка 2200 г. В первой половине токсикоз, во второй половине – вагинальный кандидоз.

Роды III при сроке гестации 25 $^{1}/_{7}$ недель самостоятельные в ножном предлежании. I период родов - 4 часа 40 минут, II период родов - 5 минут, безводный промежуток - 5 суток 7 часов. Околоплодные воды светлые. Антибактериальная терапия в родах – цефотаксим. Профилактика РДС бетаметазоном 12 мг.

ПРИ РОЖДЕНИИ. Масса тела при рождении - 610 г, длина – 25 см, окр. головы – 20 см, окр. гр. клетки – 18 см. Оценка по шкале Апгар 2/4/6 баллов.

Первичная реанимация в родильном зале: лучистое тепло, теплосберегающий пакет, санация верхних дыхательных путей. ИВЛ через маску с параметрами PIP max = 18 см вод. ст., PEEP = 6 см вод.ст., Fset = 60 в минуту, FiO2 max = 1,0. На 15-й минуте жизни малоинвазивно введен сурфактант «Куросурф» в дозе 200 мг/кг. На 20-й минуте поставлен периферический венозный катетер, введен физиологический раствор 10 мл/кг. В возрасте 1 часа 15 минут жизни ребенок переведен в ОРИТН ПЦ в условиях транспортного кувеза на неинвазивной ИВЛ.

Динамика состояния ребенка: состояние при поступлении в ОРИТН расценивалось как крайне тяжелое за счет дыхательных нарушений на фоне тяжелого респираторного дистресс-синдрома. Ведущей проблемой в течение всего периода курации были респираторные нарушения на фоне тяжелого поражения легких смешанной этиологии. Кроме незрелости легких имела место пневмония на фоне инфекционного процесса смешанной этиологии, приобретенного внутриутробно (бактериально-грибковой и вирусной этиологии – ЦМВИ). На первом и втором месяцах жизни ребенок нуждался в жестких параметрах как традиционной ИВЛ, так и ВЧО ИВЛ. Сатурация крови кислородом в течение продолжительного времени на втором месяце жизни с трудом достигала 82-86%. Длительное время ребенок находился на респираторной терапии: ВЧО ИВЛ – 13 суток, традиционная ИВЛ – 58 суток, неинвазивная ВЧИВЛ – 1,5 суток, неинвазивная ИВЛ – 7 суток, nCPAP - 12 суток, O2 через канюли – 23 суток, O_2 палатка с 99 суток жизни – 4 дня. Далее - O_2 через маску. До 201 суток жизни оксигенотерапия проводилась через назальные канюли с потоком 0,5-1,5 л/мин и

FiO2=1,0, сохранялась одышка при беспокойстве, признаки легочной гипертензии, к выписке домой ребенок не был готов, поэтому задерживался в перинатальном центре. 23.04.18 состояние ребенка с ухудшением по нарастанию дыхательной недостаточности, 24.04.18 ребенок вновь переведен на ИВЛ в связи с декомпенсацией дыхательной недостаточности.

Получила два курса гормонотерапии (дексаметазон 0,89 мг/кг/курс) с целью лечение бронхолегочной дисплазии.

Учитывая гемодинамически значимый открытый артериальный проток, крайне тяжелое состояние, высокую кислородную зависимость рассматривался вопрос об оперативном лечении открытого артериального протока, выполнен контроль ЭХО-КГ 16.12.17, консультирована кардиохирургами, заключение: ОАП гемодинамически незначимый, показаний к оперативному лечению нет. В настоящее время открытый артериальный проток без гемодинамической значимости, в хирургическом лечении не нуждается.

На протяжении всего периода госпитализации неоднократно получала антибактериальную терапию. Проводилась терапия врожденной цитомегаловирусной инфекции (Неоцитотект №5, Цимивен в течение 6 недель), лечение инвазивного микоза в связи с результатами посевов. Также неоднократно за время госпитализации персистировала инфекция мочевыводящих путей, по поводу которой проводилась антибактериальна, уросептическая терапия.

После месяца жизни развилась ретинопатия недоношенных, которая прогрессировала в динамике. 19.01.18 было проведено оперативное лечение: аргоновая лазерная коагуляция сетчатки.

В неврологическом статусе длительное время преобладал синдром угнетения, к настоящему времени стала более активной, коммуникабельной, пытается улыбаться, прислушивается, но из соски сосет самостоятельно очень небольшой объем (до 10 мл), неохотно, присасывается плохо.

Энтеральное кормление было начато грудным молоком в трофическом объеме с последующим расширением до объёма физ. потребности. Параллельно проводилось парентеральное питание с учетом суточной потребности в жидкости и питательных веществах. В настоящее время находится на смешанном вскармливании.

В настоящее время состояние ребенка тяжелое, на ИВЛ в режиме SIMV с параметрами: PIP=20, PEEP=6, FiO2=0,60, Tin=0,7, Fset=30. В настоящее время находится на искусственном вскармливании, получает адаптированную молочную смесь «ПреНутрилон 1». Периодически отмечается нарастание признаков альвеолярного отека легких, по поводу чего получает терапию лазиксом с верошпироном. К тому же, по данным ЭХО-КГ отмечалась легочная гипертензия 2 степени (среднее давление в легочной артерии 70 мм. рт. ст.), получает Силденафил (4 мг/кг/сут), Верошпирон (4 мг/кг/сут), Траклир (с 02.04.18 по 4 мг/кг/сут). В динамике с улучшением, давление в легочной артерии от 25.04.18 – 27. Температура тела = 36,6^{0}С, ЧСС = 134-170 в минуту в покое, SpO2 = 88 – 95 %. Мышечный тонус и рефлексы снижены, большой родничок не выбухает, не напряжен, не пульсирует. Кожа бледно-розовая, чистая. Глаза и слизистые чистые. Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений носоглотки нет. В легких дыхание проводится равномерно с двух сторон, выслушиваются крепитирующие хрипы с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, шум систолический над всей поверхностью сердца, неинтенсивный. Нельзя исключить формирование «легочного сердца», по данным ЭХО-КГ от 24.04.18 – признаки гипертрофии миокарда обоих желудочков. Живот мягкий. Стул желтый, без примесей, регулярный. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Диурез адекватный.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ:

Дата	Возраст	Вес	Длина	Окр. головы	Окр. груди
при рождении		610	25	20	18
при поступлении в ОПННД	151 сутки	2991	50	33	31
13.03.2018	160 сутки	3180	51	34	32
23.03.2018	170 сутки	3340	51	36	33
02.04.2018	180 сутки	3665	54	36	35
26.04.2018	203 сутки	4500			

Учитывая тяжелою патологию легких, этиология которой окончательно не установлена до настоящего времени, длительную потребность в инвазивной респираторной терапии в условиях стационара, требуется более углубленное исследование для исключения редкой патологии со стороны дыхательной системы. Ребенку показано обследование на секвенирование клинического экзома.

26.04.18 г.

Заместитель главного врача по детству Карпова А.Л.

Карпова Анна Львовна ВРАЧ