

Успешная интенсивная
терапия ребенка с
шоком и тяжелой
церебро - спинальной
ишемией гипоксически-
травматического генеза.

ТАРАСЬЕВА А.А.

ВРАЧ АНЕСТЕЗИОЛОГ –
РЕАНИМАТОЛОГ РАО
НОВОРОЖДЕННЫХ
КГБУЗ
«ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР» ХАБАРОВСК



Ребенок Б., мальчик, родился 24.03.17года в 10:50 в ЦРБ
п. Ванино, Хабаровского края.

Переведен в РАО новорожденных детей КГБУЗ
«Перинатальный центр» г. Хабаровск 27.03.2014 с
диагнозом: Инфекция специфичная для перинатального
периода неуточненная. Некротизирующий энтероколит.
Натальная травма в шейном отделе позвоночника?

- Ребенок от матери 22 лет, страдающей артериальной гипотензией, анемией 1-2 степени. Беременность 5-я, протекала в 1-й половине на фоне бессимптомной бактериурии (в 16 недель), во 2-й половине - НФФПК 1 А степени (24-25 недель), в 37 недель - молочница, отёки беременных. Роды 2-е, срочные, патологические. ОКС. Несостоятельный рубец на матке. Околоплодные воды светлые. Спиралеобразная пуповина с обвитием правого голеностопа. ОАА (3 мед. аборта).
- Родился мальчик со следующими показателями при рождении: масса тела – 2728 грамм, длина тела – 49 см, окружность головы – 33 см, окружность грудной клетки – 31 см. По Апгар 7-8 баллов.

Состояние ребенка в род.зале - удовлетворительное.
Введен викасол 1% 0,3 мл в/м.

24.03.17г. в 16:30 при кормлении внезапно появилась рвота с примесью алой крови, беспокойство, бледность кожных покровов, одышка, тахикардия.

26.03.17г к 14 часам вновь ухудшение состояния, нарастает вялость, отказ от сосания, при беспокойстве - снижение сатурации, одышка до 100 в минуту, появились крепитирующие хрипы в задних отделах легких.

Ребенок был консультирован реаниматологом ПЦ по телефону, с учетом тяжести состояния переведен в РАО для новорожденных.

При поступлении в РАО для новорожденных:

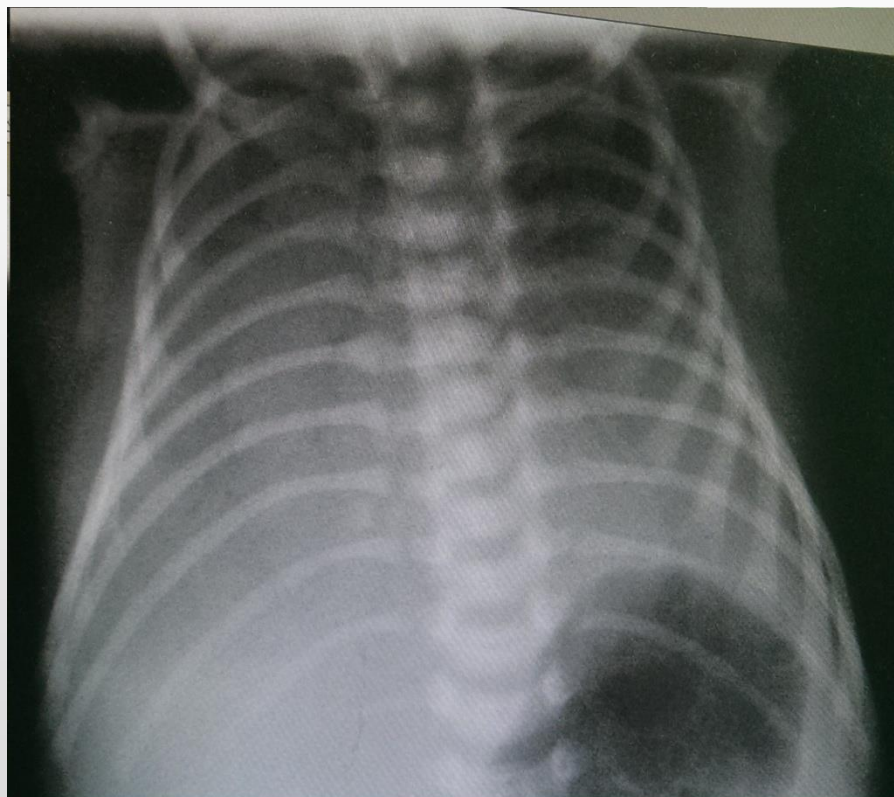
Состояние ребенка было расценено как крайне тяжелое, за счет дыхательных и гемодинамических нарушений, обращал на себя внимание выраженный болевой синдром, усиливающийся при пальпации шеи, поворотах головы и туловища. В динамике состояние ребенка ухудшилось за счет развития дистрибутивного шока с полиорганной недостаточностью с преобладанием надпочечниковой и почечной недостаточности.

Проведено обследование: 27.03-28.03.17г.:

Рентгенологически:
Признаки РДС III-IV
степени.

НСГ: Отек паренхимы
головного мозга,
минимальный. ДЭГ:
вазопаралич.

Эхо-КГ: Гиповолемия.
Объемная перегрузка
правых камер сердца.
Нарушение
систолической функции
ЛЖ. 000.



Проведено обследование: 27.03-28.03.17г.:

УЗИ ОБП: Реактивные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Отек стенки желчного пузыря. Холестаз. Кровоизлияние в левый надпочечник. Отек правого надпочечника. Ишемический тип кровотока в почках.

ЭКГ: Эл.ось сердца отклонена вправо. Синусовая тахикардия с ЧСС 187 уд. в минуту. Усилены потенциалы правых отделов сердца, не исключена их перегрузка. Диффузные гипоксические изменения реполяризации в миокарде. Эл.систола не удлинена.

Проведено обследование: 27.03-28.03.17г.:

УЗИ ШОП: Отмечается смещение остистого отростка С2 кпереди. Спинномозговой канал равномерный. Отмечается неструктурность мягких тканей С2-С4.

Консультация ортопеда: Родовая травма шейного отдела позвоночника на уровне С2-С4. Болевой синдром.

Лабораторно:

Клинический анализ крови:

- Нв 161 г/л,
- Эр. $4,6 \cdot 10^{12}/л$;
- Нt 45,6%,
- Tr $196 \cdot 10^9/л$,
- Le $14,4 \cdot 10^9/л$ (п/я 2%, с/я 60%),
- лимф. 16%, мон. 4%, эоз. 18%.

Биохимический анализ крови:

- общий белок 20,0 г/л,
- АСАТ 28,0 Ед/л, АЛАТ 4,0 Ед/л,
- Фосфор 1,48 ммоль/л,
- калий 3,71 ммоль/л,
- ЩФ 189,0;
- мочевины 3,5 ммоль/л,
- креатинин 47,0 мкмоль/л.

СРБ 2 мг/л.

ПЦР – кровь, моча, мокрота – отрицательно.

Консилиум от 28.03.17г.

Диагноз:

Основной 1: Натальная травма в шейном отделе позвоночника на уровне С2-С4?

Основной 2: Ишемия мозга тяжелой степени.

Осложнения: Шок дистрибутивный, декомпенсированный. Полиорганная недостаточность (дыхательная, сердечно-сосудистая, надпочечниковая, почечная, церебральная, интестинальная). ДВС-синдром. Ишемический энтероколит 1а стадия. Кровоизлияние в надпочечник слева, отек правого надпочечника. Острая почечная недостаточность, полиурическая стадия. Глубокая венозная линия правой нижней конечности от 27.03.17 года. Синхронизированная перемежающаяся вентиляция легких.

Дифференциальный диагноз с инфекцией специфичной для перинатального периода.

Проводилось лечение:

1. Респираторная терапия – ИВЛ 9 суток (экстубирован 05.04.17г.);
2. Инфузионная терапия по физиологической потребности + увеличение объема на гиповолемию, патологические потери (учитывая полиурию, парез кишечника) в составе глюкозо – солевых растворов, полное парентеральное питание (аминовен инфант 10%, смоф липид 20%);
3. Антибактериальная терапия – ампициллин 200 мг/кг/сутки со 2-х суток жизни;
4. С заместительной целью - гормонотерапия в составе солу-кортефа (гидрокортизона) в дозе насыщения 15 мг/кг/сутки методом продленной инфузии с коррекцией дозировки по показаниям (отмена 30.03.17г.);
5. Вазопрессорная терапия норадреналином 0,6 мкг/кг/минуту с постепенным снижением дозировки;

Проводилось лечение:

- 6. Декомпрессия ЖКТ, по восстановлению пассажа по кишечнику на 7 сутки жизни начато энтеральное питание в составе смеси Нан с расширением объема под контролем пассажа по ЖКТ.
- 7. Обезболивание (фентанил, морфин), седация сибазоном с коррекцией дозы по клиническим показаниям;
- 8. Строгий охранительный режим, жесткая фиксация шейного отдела позвоночника воротником Шанца, иммобилизация с фиксацией позвоночного столба на 72 часа, консультация ортопеда с проведением паравертебральной лидокаиновой блокады (№2);
- 9. УЗ-ингаляции с физ.раствором.

На момент перевода:

Рентгенологически: Признаки РДС I степени.

НСГ: Минимальные диффузные изменения паренхимы головного мозга. Течение ВЖК в с/сплетение справа. Минимальная дилатация МПЩ, боковых желудочков. ДЭГ: вазодилатация.

Эхо-КГ: Гипертрофия миокарда ПЖ, ЛЖ, минимальная. ООС.

УЗИ ОБП: Минимальные диффузные изменения паренхимы печени. Увеличение почек в длину.



На момент перевода:

Клинический анализ крови:

- Нв 137 г/л,
- Эр. $4,09 \cdot 10^{12}$ /л;
- Ht 41,5%,
- Tr $407 \cdot 10^9$ /л,
- Le $18,13 \cdot 10^9$ /л (п/я 1%, с/я 42%),
- лимф. 40%, мон. 17%.

Биохимический анализ крови:

- общий белок 43,0 г/л,
 - АСАТ 22,0 Ед/л, АЛАТ 24,0 Ед/л,
 - Фосфор 0,92 ммоль/л,
 - калий 7,10 ммоль/л,
 - ЩФ 223,0;
 - мочевины 3,3 ммоль/л,
 - креатинин 55,0 мкмоль/л.
- СРБ 2 мг/л.

Клинический диагноз при переводе:

Основной диагноз: Ишемия головного мозга и спинного мозга на уровне шейного отдела позвоночника тяжелой степени.

Осложнения: Синхронизированная перемежающаяся вентиляция легких 9 суток. Глубокая венозная линия правой нижней конечности от 27.03.17 года.

Сопутствующие заболевания: Внутрижелудочковое кровоизлияние в сосудистое сплетение справа. Открытое овальное окно.

10.04.17г. в возрасте 17 суток ребенок переведен на следующий этап выхаживания в ПОНД.

Выводы:

- Проблема родовой травмы позвоночника и спинного мозга, ее эффективной диагностики и успешного лечения, является актуальной, так как, несомненно, число детей с натальными повреждениями спинного мозга достаточно велико. Клинические проявления родовой травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга многообразны и складываются из целого комплекса вертебральных, церебральных, спинальных и вегето-висцеральных симптомов, каждый из которых в различном сочетании может определять клиническую симптоматику, что затрудняет своевременную диагностику заболевания, а значит может привести к задержке адекватной патогенетической терапии.

Выводы:

- Лечение родовой травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга, трудоемкое и долгое, направленное на минимизацию рисков развития отдаленных осложнений, должно сопровождаться комплексом иммобилизационной, медикаментозной, неврологической и соматической коррекции, а также, на последующих этапах, физиолечением, направленным на стимуляцию пораженных сегментов спинного мозга.

Спасибо за внимание!

