

Заключение. В нашем клиническом случае ввиду раннего начала лечения и мониторинга эффективности ключевых этапов выхаживания, своевременной коррекции объемов оказания медицинской помощи удалось избежать тяжелых инвалидизирующих осложнений у ребёнка, родившегося с массой тела менее 500 г.

УСПЕШНОЕ ВЫХАЖИВАНИЕ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ 490 г

Ковенко Ю.Н., Король-Захаревская Е.Л.

Научные руководители: доцент В.А. Прилуцкая,
М.П. Бойдак

Белорусский государственный медицинский университет,
Республиканский научно-практический центр «Мать и
дитя», Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: клинический случай; недоношенный
ребёнок; экстремально низкая масса тела;
выхаживание; мониторинг

Актуальность. Глубоко недоношенные дети являются особой когортой в связи с рождением с крайней незрелостью всех систем. Рождение в сроке гестации менее 28 нед и с экстремально низкой массой тела сопровождается выраженными респираторными и сердечно-сосудистыми нарушениями, неблагоприятным неврологическим и офтальмологическим прогнозом. Данные младенцы особенно уязвимы перед инфекционно-воспалительными и гематологическими заболеваниями.

Описание клинического случая. Мальчик Г., родился на 189-й день гестации. Антенатально был проведён полный курс гормонопрофилактики. Масса тела при рождении 490 г, длина тела 29 см, окружности головы 25 см, груди — 24 см. Оценка по шкале Апгар 3 балла. Состояние при рождении тяжёлое, обусловлено крайней незрелостью, развивающимся респираторным дистрессом. Ребёнок реанимационной бригадой осмотрен на 1 мин жизни, спонтанное дыхание поверхностное, ЧСС менее 100 уд/мин, начата ИВЛ аппаратом ручной вентиляции с Т-коннектором «Giraffe». На фоне адекватной ИВЛ отмечалось восстановление сердечного ритма. Далее проведены интубация трахеи, сурфактант-заместительная терапия препаратом Curosurf эндотрахеально. Обеспечен периферический венозный доступ. После оказанной помощи кожные покровы порозовели, ЧСС 150 уд/мин, SpO₂ 96–98%. В родзале получил сцеженное молозиво. Затем в транспортировочном кювэзе доставлен в отделение анестезиологии и реанимации. В раннем неонатальном периоде ребёнку проводились клинико-лабораторный, инструментальный мониторинг, комплексная терапия (ИВЛ, инфузионная, кардиотоническая, гемостатическая терапия, антибиотикотерапия). С 1-х суток жизни получал сцеженное грудное молоко с последующей персонифицированной фортификацией. На 8-е сутки был осуществлён перевод ребёнка на неинвазивную вентиляцию лёгких. Стимуляция спонтанного дыхания проводилась кофеином цитратом в дозе поддержания, профилактика кандидоза — флуконазолом. На 2 мес жизни констатирована бронхолёгочная дисплазия средней степени. После 4 мес выхаживания выписан домой с рекомендациями.