

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Софронова Л.Н.
Гулимова А.Ю.

Недоношенный мальчик - 31 2/7 нед
м.т. 1100 г, **дл. 35 см**, **ОГ 26 см**, **ОГр 23 см** (**ЗВУР**, тяжелая степень).

По шкале Апгар 5/6 баллов.

- матери 34 года
- Беременность 3-я (16 2003 г – срочные роды, мальчик, здоров, 26 2015 г **выкидыш на 8 нед**), протекала с **угрозой прерывания в 6 недель**, гестозом с 25 недель, **ОРВИ** во II триместре с ↑ температуры до 37,5 °С, на фоне эрозии шейки матки, уреоплазмоза.
- Роды 2-е, эклампсия тяжёлой степени. Экстренное кесарево сечение. Околоплодные воды с кровью.
- Гистология плаценты: Гнойный хориодецидуит. Хроническая субкомпенсированная недостаточность плаценты с острой декомпенсацией. **Дефект ворсин** хориона.

Состояние с рождения тяжелое: дыхание - «гаспс», крика нет, акроцианоз, мышечная гипотония, гипорефлексия.

ИВЛ мешком Амбу, Куросурф 218 мг/кг, ИВЛ умеренно жёсткими параметрами. Добутамин 7,5 мкг/кг в мин.

Полицитемия - Hb 214 г/л, Ht 58,5% (типична для ЗВУР), лейкопения (6,2), нейтропения. КОС: компенсированный метаболический ацидоз

Минимальное энтеральное питание смесью для недоношенных по 1 мл.

Переведен в ОАРИТ ДГБ № 17 через 19 часов после рождения с диагнозом: СДР. ДН III. ЗВУР гипостатура. Недоношенность 31 2/7 недели.

Динамика состояния в ОАРИТ

- Состояние при поступлении в ОАРИТ крайне тяжелое: **ДН III**, синдром угнетения ЦНС, течение инфекционного процесса.
- Состояние улучшалось медленно из-за **выраженных дыхательных нарушений**, нестабильной гемодинамики, **желтухи**, низкой толерантности к энтеральному питанию, неврологической симптоматики.
- ИВЛ с **жесткими** параметрами, **ВЧИВЛ**. Повторно сурфактант- 100 мг Сюрванта с положительным эффектом в виде ↓ O₂ до 30%.
- **ВЧИВЛ - 5 дней**, далее ИВЛ в течение 11 дней, экстубирован на 16 сутки жизни, СРАР 22 дня, формирование стойкой O₂ зависимости (многочисленные попытки перевода с СРАР на O₂-маску неудачные в связи с эпизодами десатурации), O₂-независим **в ОРИТ с 2 мес 5 с.ж. (40ндПМВ)**
- Инотропная поддержка (в т. ч. адреналин 2 дня, дофамин 1 сутки) в течение 20 дней из-за нестабильной гемодинамики.
- При поступлении гипергликемия 11,72-26,2-12,7 ммоль/л, по поводу которой получал 1 сутки инсулинотерапию.

- **Гипонатриемия** (122), лейкопения (5,4) и тромбоцитопения (минимальный уровень 50). Быстро прогрессирующая анемизация (5 с.ж. – Hb 209 г/л, 20 дн - Hb 111 г/л).СРБ 7,8→28,8
- **До 14дн** - Ребенок расценен как: **течение ВАИ с поражением легких и ЖКТ (этиология?)**, по поводу которой получил смену АБ-терапии (на меронем+ванкомицин), курс пентаглобина 3 дня.
- 2 гемотрансфузии (в 1 месяц жизни и 2 мес. 6 дн.)
- Первый контроль ЩФ и фосфора лишь в возрасте 18 с.ж.), Необходим **еженедельный контроль**, т.к. длительная непереносимость ЭП с использованием Альфаре

ЩФ – 1113, фосфор – 0,68

Остеопения, тяжелая степень !!!

НСГ (2 с.ж.) – постгипоксические изменения и незрелость.

На (14 с.ж.) – появление свежих СЭК с 2-х сторон, больше справа, появление высокорезистентного кровотока (RI 0,82) → поражение ЦНС, обследование ПЦР к ЦМВ для верификации ВАИ.



Учитывая ЗВУР, лейкопению, тромбоцитопению, появление свежих СЭК на НСГ, на 14 с.ж. у ребенка взяты ПЦР крови и мочи на ЦМВ – результаты положительные. Также было исследовано грудное молоко – результат к ЦМВ положительный.

Люмбальная пункция в ОАРИТ не проводилась.

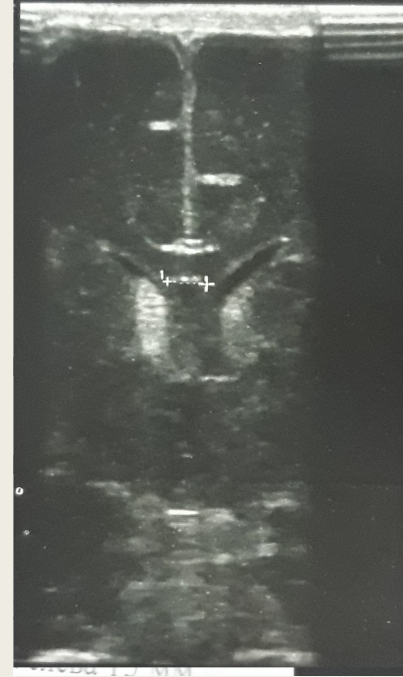
УЗИ ОБП и МВС на 2 с.ж. – признаки реактивных изменений печени и почек.

ЭхоКГ на 2 с.ж. – ОАП гемодинамически значимый, ООО. Спонтанное закрытие ОАП на 7 с.ж., повторное открытие на 21 с.ж., окончательное закрытие 25 с.ж.

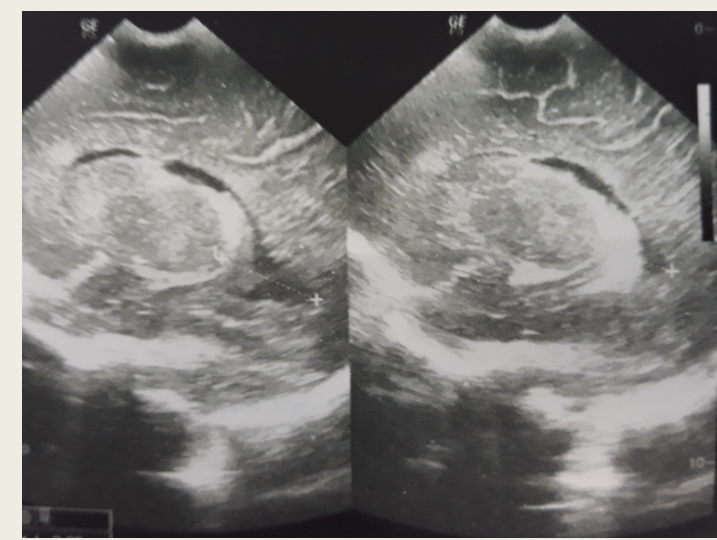
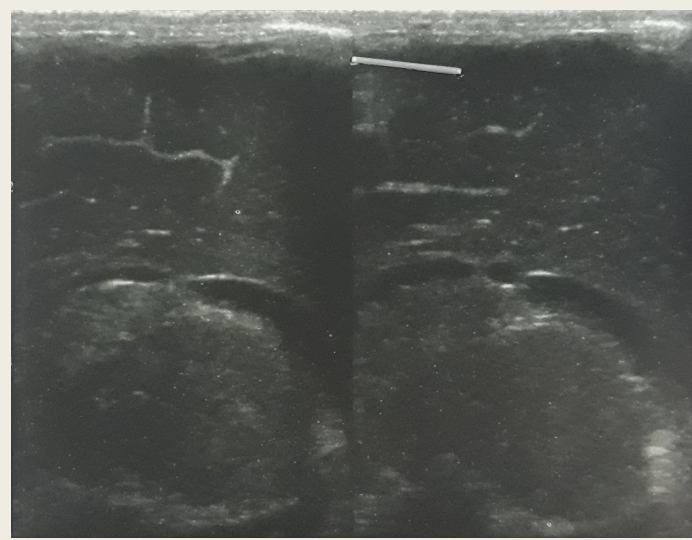
Терапия ЦМВ	17 с.ж. ОРИТ	с 20 с.ж. ОРИТ	21 с.ж. ОРИТ	25 с.ж. ОРИТ	1 мес 4 с.ж. ОРИТ	2 мес ОРИТ ОПН	3 мес ОПН	3 мес 13 с.ж. ОПН	3 мес 17 с.ж. ОПН	3 мес 21 с.ж. ОПН	Наст Вр. ОПН
Неоцитотект 2 мл/кг каждые 96 ч	+		+	+				+	+	+	
Ганцикловир 6 мг/кг/сут		+	→			+					
Валганцикловир 16 мг/кг/сут					+	+	+	+	+	+	+

На фоне лечения отмечалась нормализация уровня тромбоцитов и лейкоцитов.

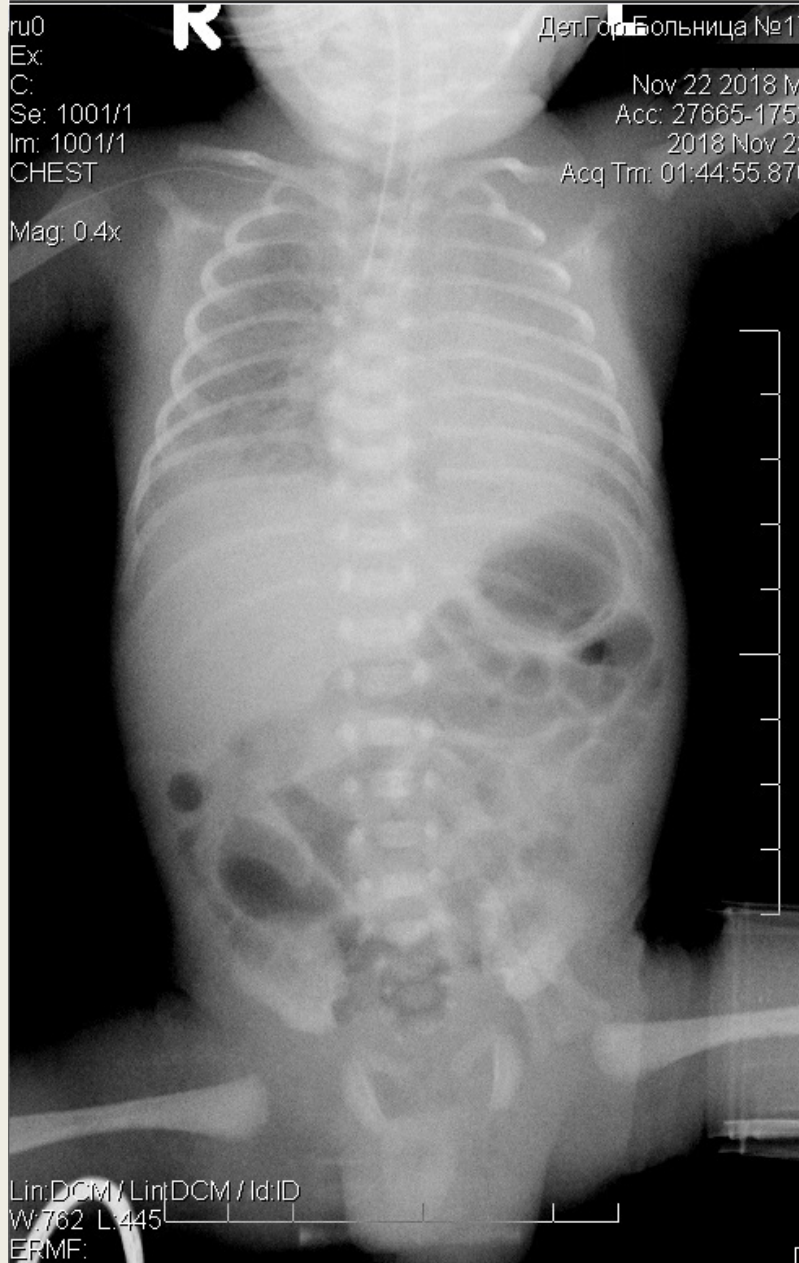
НСГ 24 с.ж. – появление **перетяжки** в полости VLS слева, нарастание высокорезистентного кровотока (RI 0,89), профиль волнообразный



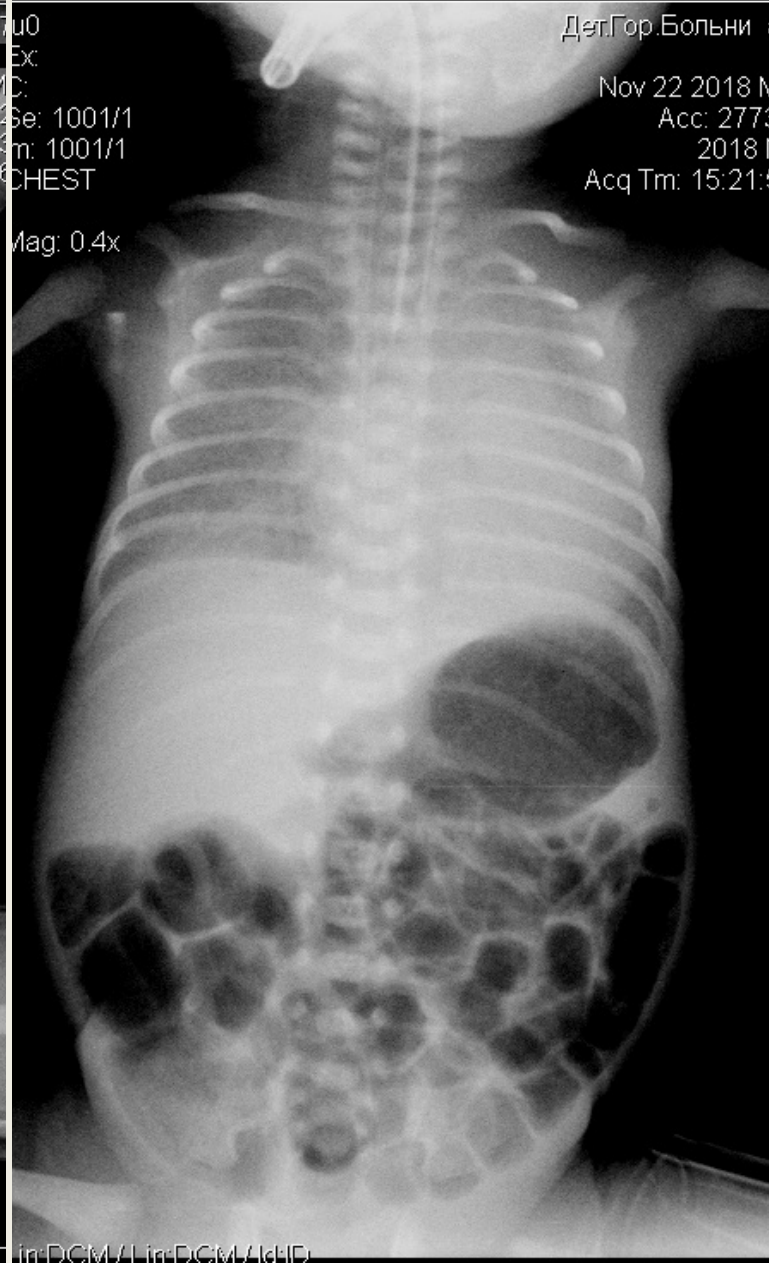
1 месяц 23 дня – **перетяжки** в области передних рогов. Затылочные рога слева справа - 24 и 20 мм.



**2 сутки
ЖИЗНИ**



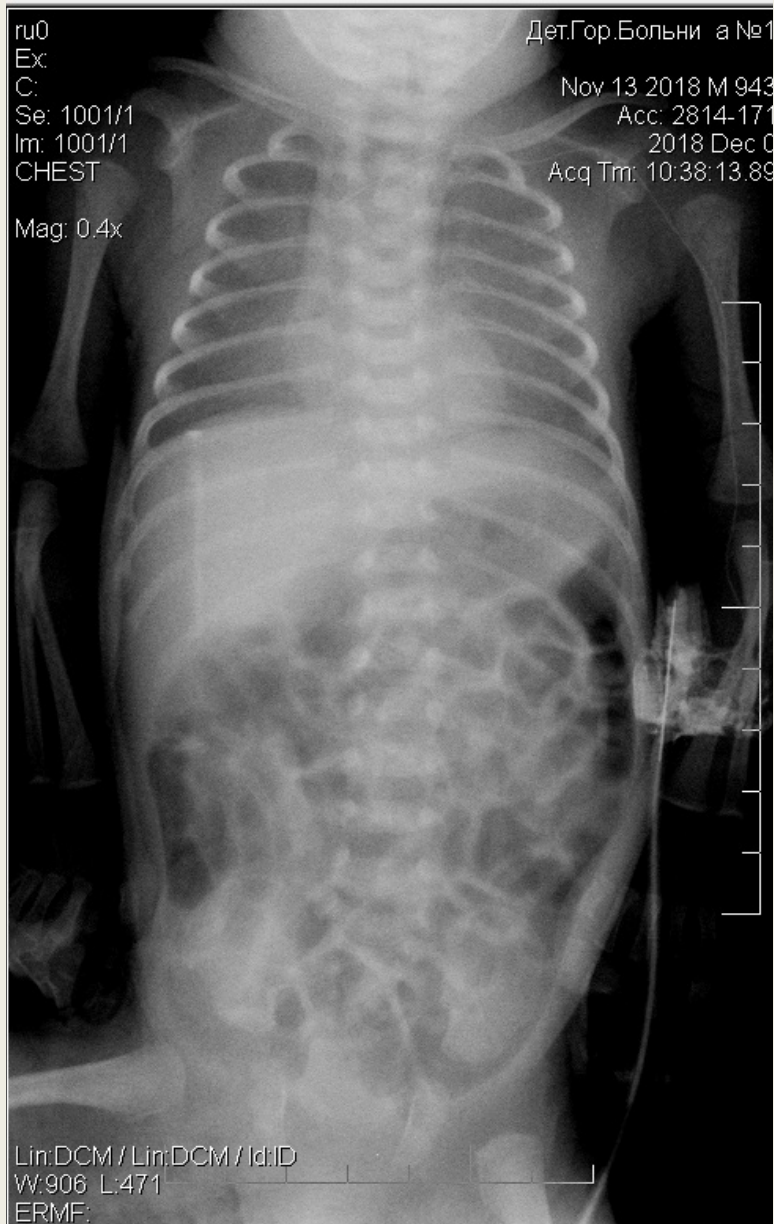
**Пневматизация снижена.
Бронхограмма**



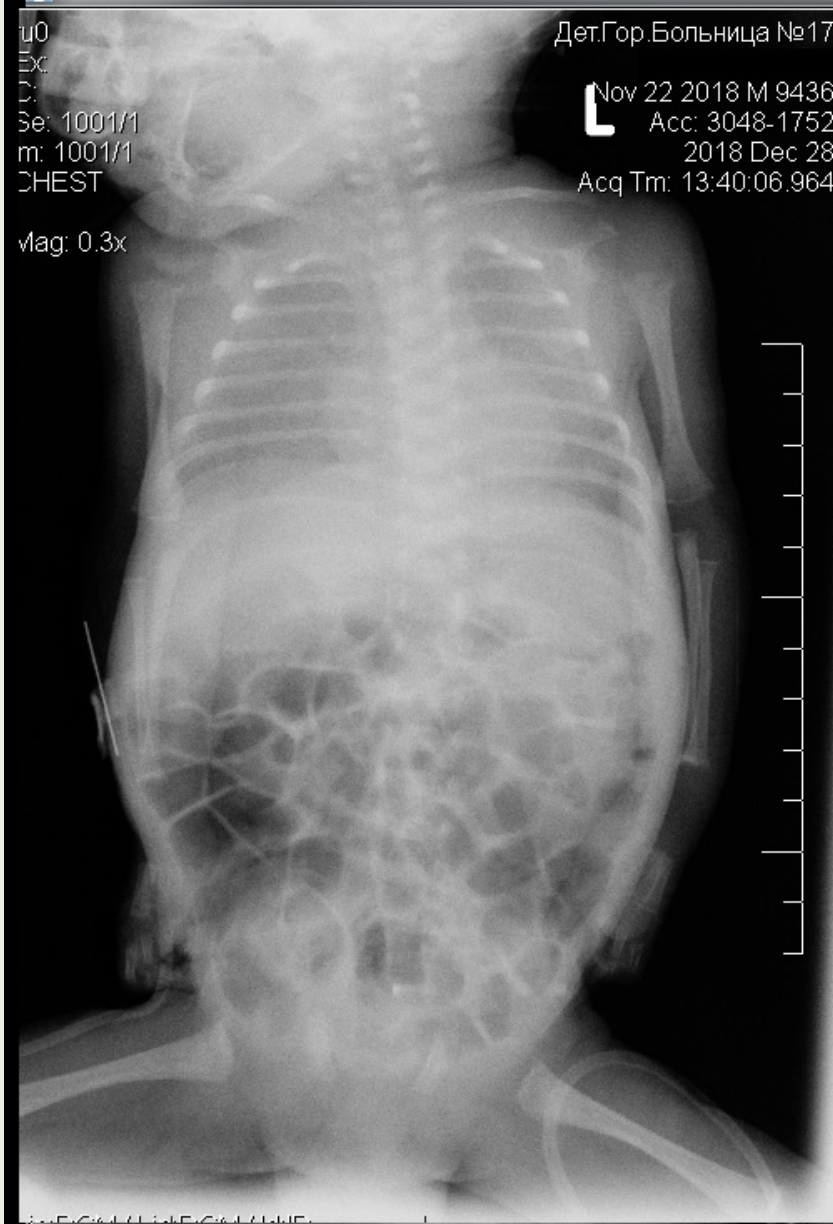
**Петли кишечника вздуты,
стенки местами утолщены.**

**3 сутки
ЖИЗНИ**

9 с.ж.



Снижение пневматизации, картина «влажных» легких, интерстициальная эмфизема



**1 мес.
6 дн.**

Признаки остеопении – изъеденный эпифиз, усиление периостальной р-и, ↓ плотности к.т. в центре. Вздутие петель, утолщение стенок кишечника.

Энтеральное питание в ОАРИТ и ОПН

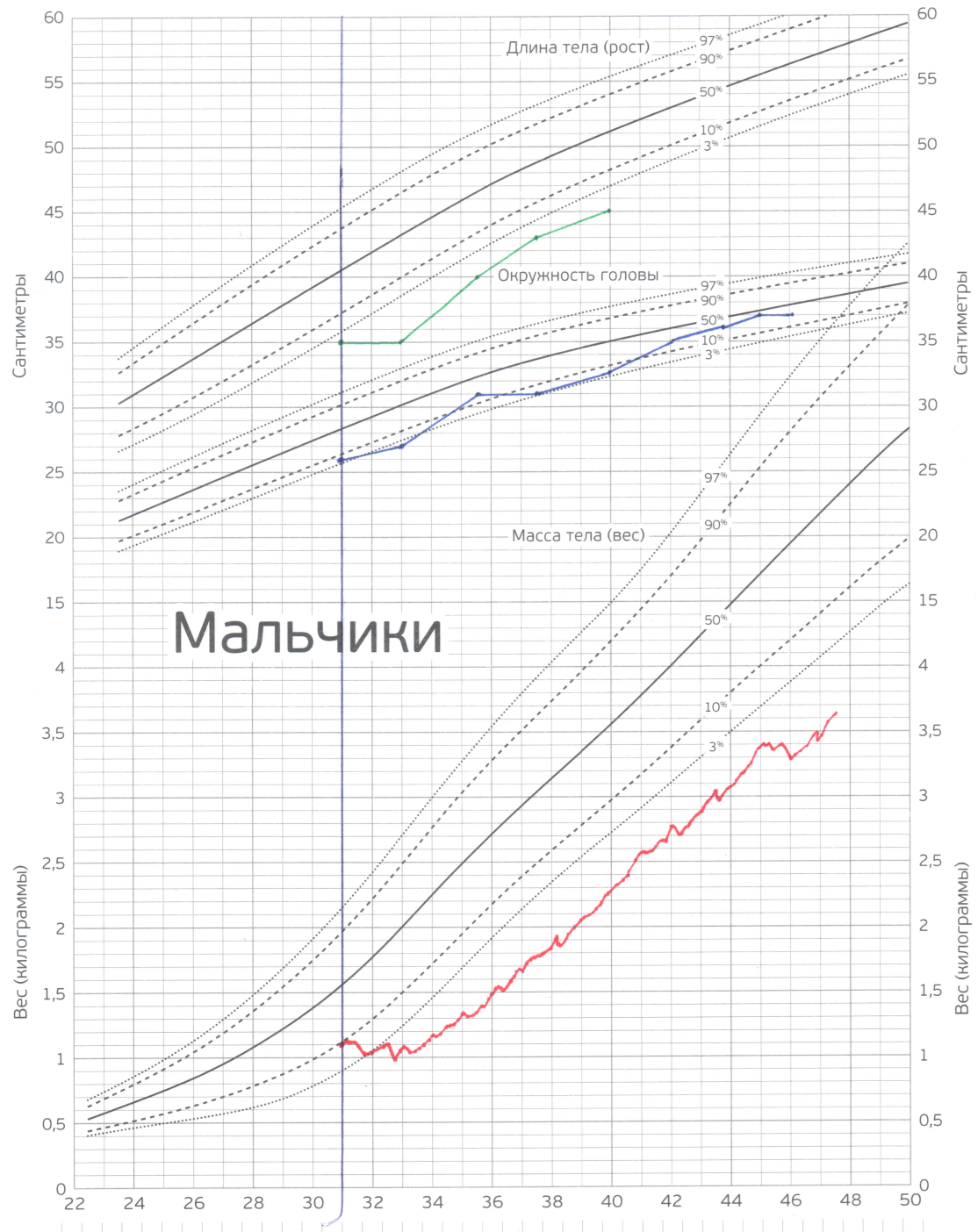
Дни жизни	1 с.ж.	Без ЭП 8 дней	10 с.ж.	1 мес 8 с.ж.	1 мес 21 с.ж.	2 мес 5 с.ж.	2 мес 8 с.ж.	3 мес 17 с.ж.
	ОРИТ					ОРИТ	ОПН	ОПН
Альфаре	+		+ 28дней					
Пре Нан				+	+	+		
Фрисовом					+	+	+	+
Лактозар						+	+	+
Симилак НеоШур							+	
Нутрилак								+

Попытки перевода на Пре Нутрилон 0 неудачные – вздутие живота, срыгивание. Периодически срывы питания из-за выраженного метеоризма и запоров. Питание дополнено смесью Фрисовом и назначением лактазара с хорошим эффектом.

Полный объем энтерального питания достигнут к 1 месяцу 5 суткам жизни.

- МУМТ на 11 сутки 13 %. Плоская весовая кривая до 18 суток=м.т. при рождении.
- Сочетанное парентеральное питание до 1 месяца 5 дней.

Возраст	При рождении	14 дней	1 месяц	1 месяц 14 дн.	2 месяца
Вес	1100	1074	1340 (+240)	1747	2242 (+902) (+1142)
Длина	35	35	40 (+5)	43	45 (+5) (+10)
Окружность ГОЛОВЫ	26	27	31 (+5)	31	32,5 (+1,5) (+6,5)
Окружность груди	23	22	25 (+2)	29 (+4)	
Калораж / белок		ЭП 27 ккал/кг/сут Б=0,7 г/кг/сут ПП 48 ккал/кг/сут. Б=2,8 г/кг/сут 75ккал/кг, 3,5г/кг		ЭП 128 ккал/кг/сут Б=3,5 г/кг/сут	



Ребенок динамически наблюдается специалистами:

- **Офтальмолог:** с 22 с.ж. - незрелость оптических сред и сетчатки,
- **2 месяца** - впервые выявлен **периферический активный хориоретинит правого глаза** (местно дексаметазон до 3 месяцев в 6 дней), к 3 месяцам 17 дням – хориоретинит в стадии рубцевания.
- В 2 мес.13 дн. - ретинопатия недоношенных I стадии III зоны обоих глаз.
- **Неврологом** - СЭК с 2-х сторон. ВУИ ЦМВ с поражением головного мозга, венитрикулит (перетяжки в области передних рогов). ПГИП ЦНС, п/о период.

Для дальнейшего ведения переведен в ОПН в возрасте 2 месяцев 8 дней,
ПМВ 41 1/7 нед., массой 2564 г

- В 2 мес. 13 дн. проведен аудиотест – КСВП зарегистрированы с обеих сторон, слух в норме.
- В 2 мес. 20 дн.-люмбальная пункция, ликвор вытекал частыми каплями, прозрачный. Цитоз - 4/3, нейтрофилы -1, лимфоциты -3, макрофаги -0, эритроциты единичные, белок 1,1 г – **повышен**, глюкоза 3,24 ммоль/л, результаты расценены, как течение врожденного инфекционного процесса цитомегаловирусной этиологии с поражением ЦНС, венитрикулит. ПЦР ликвора к ЦМВ – отрицательный
- На ЭЭГ в 2 мес. 30 дн. – изменения легкой степени, эпилептической активности в данной записи нет.
- В контрольных НСГ без существенной динамики, в последнем исследовании в 3 мес 10 дн.– прежние изменения + подчеркнуты стенки сосудов таламуса.
- Взята контрольная ПЦР крови к ЦМВ (2 мес. 21 дн.)– **сохраняется положительный результат.**
- Учитывая длительно сохраняющуюся положительную ПЦР крови к ЦМВ, тяжелое течение заболевания, на фоне терапии валганцикловиром, в 3 мес 13 дн. + нецитотект №3 раз в 96 ч 4 мл/кг/сут
- Осмотрен генетиком в 2 мес 16 дн. – множественные микроаномалии (кариотип – N), продолжает обследование → ЗВУР по диспластическому типу.

Диагноз:

Основной: Внутриамниотическая инфекция р39.2. **Врожденная цитомегаловирусная инфекция** с поражением головного мозга, глаз от 23.11.18

Сопутствующий: Недоношенность 31 2/7 недели, (ПВК 47/48 недель). **ЗВУР** по диспластическому типу.

Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС: СЭК с 2-х сторон, венитрикулит (перетяжки в области передних рогов)с-м апноэ в анамнезе, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости

БЛД «новая» форма, улучшение.

Анемия недоношенных, трансфузия эр. взвеси 22.12., 28.01.

Остеопения недоношенных, тяжелая степень

СДР в анамнезе,

Конъюгационная желтуха в анамнезе

Спонтанное закрытие ОАП. Пупочная грыжа. Гидроцеле слева

Дифференциальный диагноз

Eleonora Cocclite, Cecilia Di Natale, Giovanni Nigro

Congenital and perinatal cytomegalovirus lung infection

doi: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal*

4207 *Medicine* 10.3109/14767058.2013.79

In premature infants, CMV infection is often protracted and causes a **diffuse interstitial pneumonitis** leading to fibrosis and bronchopulmonary dysplasia (BPD).

Congenital CMV infection

should also be considered in newborns with severe acute respiratory distress syndrome and

refractory respiratory failure with progression to early chronic lung disease.

CMV is frequent and severe in immunosuppressed infants

but infrequent in full-term neonates and occurs more frequently after perinatal than after congenital infection, particularly in premature infants.

The association between breast milk transmitted CMV and development of cystic lung disease and Wilson-Mikity syndrome has also been reported.

Data on the efficacy of antiviral therapy for infants with respiratory CMV diseases are lacking and only anecdotal case reports are available.

Conclusions:

Persistent CMV infection appears to cause a diffuse necrotizing pneumonitis with fibrosis leading to BPD, in both immunocompromised or preterm infants and, less frequently in immunocompetent infants.
The role of antiviral therapy remains to be elucidated

Eleonora Coclite, Cecilia Di Natale, Giovanni Nigro **Congenital and perinatal cytomegalovirus lung infection** doi: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 10.3109/14767058.2013.794207

Диагноз

Недоношенность 31,2/7

Врожденная цитомегаловирусная инфекция:

пневмонит, хореоретинит (активная фаза),

вентрикулит

ЗВУР симметричный тип