

поступали дети в возрасте от 1 года до 3 лет, дети до 4 месяцев за данный период времени почти не обращались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пульмонология детского возраста : проблемы и решения / под ред. Ю. Л. Мизерницкого. – М. : ИД «Медпрактика», 2018. – 194 с.

АПЛАЗИЯ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Афанасенко Е. В., Мартинкевич В. Е.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ассистент Дрокина О. Н.

Актуальность. Аплазия купола диафрагмы – достаточно редкая патология, по данным исследований, встречается у 1 на 2000-5000 новорожденных, но у врачей-неонатологов присутствует настороженность при встрече с пациентом, имеющим опасные проявления заболевания [1]. Хирургическое лечение – единственное верное решение в данной ситуации. Проведенная вовремя пластика дефекта позволяет сохранить жизнь маленькому пациенту.

Цель. Описать клинический случай болезни ребенка с аплазией купола диафрагмы. Систематизировать и обобщить анатомо-физиологические особенности диафрагмы, детерминирующие течение заболевания.

Методы исследования. Анализ информации, полученной из истории болезни.

Результаты и их обсуждение. Ребенок N (мальчик) родился от 5-й беременности 4-х срочных родов в головном предлежании путем операции кесарева сечения, по показаниям матери, в сроке гестации 38-39 недель (241 день), массой тела при рождении 2970,0 г, 4/6 по шкале Апгар.

Беременность протекала на фоне Herpes labialis в 12 недель и в 23 недели. Пренатально на УЗИ плода на 12 неделе диагностированы МВПР: двусторонний гидронефроз, релаксация купола диафрагмы, риск развития вторичной гипоплазии легких, единственная артерия пуповины. От предложенного прерывания беременности родители категорически отказались.

Родители ребенка наличие хронической патологии отрицают, работают в оптимальных условиях труда.

Общее состояние при рождении оценивалось как крайне тяжелое. В родильном зале проведена интубация трахеи, налажена искусственная вентиляция легких, с целью декомпрессии ЖКТ введен желудочный зонд.

Проводилась кардиотоническая поддержка дофамином, адреналином, норадреналином.

Спустя три дня после рождения проведен консилиум с участием хирурга и выставлен диагноз: множественные врожденные пороки развития (гипоплазия дуги и перешейки аорты на всем протяжении, открытый артериальный проток, вторичный дефект межпредсердной перегородки, гипоплазия легких, релаксация купола диафрагмы справа, двусторонний мегауретер, двусторонний паховый крипторхизм, физиологический фимоз). Для дальнейшего лечения ребенок переведен в УЗ «ГОДКБ».

Торакоскопически в два этапа произведена пластика купола диафрагмы. Состояние пациента в послеоперационном периоде оставалось тяжелым, сохранялась выраженная дыхательная недостаточность, после операции проведена попытка экстубации: самостоятельное дыхание неэффективно, ребенок интубирован повторно, с сохранением жестких параметров ИВЛ, при попытках смены режима ИВЛ отмечалось нарастание гиперкапнии. Консилиумом принято решение о постановке трахеостомы.

На КТ легких: признаки двусторонней полисегментарной пневмонии, бронхоэктазы 9 и 10 сегмента легкого справа, релаксация левого купола диафрагмы.

Состояние ребенка в 1 месяц 9 дней тяжелое, вследствие ДН 3 ст. и НК 1 ст. Периодически отмечались эпизоды бронхообструкции с десатурацией до 75%. Ребенок находился на зондовом питании ДМС «Беллакт ГА-1», питание усваивал.

Несмотря на усилия врачей и проведенное лечение, пациент скончался в возрасте 3 месяцев, от сердечно-легочной недостаточности.

На исход заболевания повлияла сопутствующая патология, усугубившая общее состояние пациента и играющая решающее значение в декомпенсации основного заболевания.

Выводы.

1. Данный пример демонстрирует, что множественные врожденные пороки развития являются синергистами в общем патологическом процессе и определяют неотвратимый исход болезни.

2. Несмотря на доступность информации как для врачебного сообщества, так и для людей без специального образования, профилактика данной патологии затруднительна. Считается, что ВДГ – мультифакториальное заболевание, однако до конца этиология его не изучена и остается поводом для дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Татур, А. А. Заболевания и повреждения диафрагмы : учеб.-метод. пособие / А. А. Татур. – Минск : БГМУ, 2018. – 70 с.