

hernií dochází velmi často záhy po porodu k respiračnímu selhání, můžeme se však setkat i s pozdější manifestací (3). Podstatnou roli hraje i zralost dítěte při narození, přičemž nezralí novorozenci s nízkou porodní hmotností mají nižší pravděpodobnost přežití. Dle studie zvýšení porodní hmotnosti o 1 kg zvýšilo přežití o 34 % (8).

Kazuistika

Nezralá dívka rozena v perinatologickém centru v 31 + 1 týdnu gestace (porodní hmotnost 1 480 g, porodní délka 41 cm) pro progresí vaginálního nálezu a zvýšené zánětlivé parametry matky. Porod proběhl spontánně, bez dokončené plicní maturace, s dobrou bezprostřední poporodní adaptací (skóre dle Apgarové 10-10-10). V dalším průběhu patrný mírné symptomy RDS (respiratory distress syndrome), s dobrou odezvou na distenzní terapii (celkem 51 hodin), bez známek infekce. První čtyři dny byla nutná částečná parenterální výživa, v dalším průběhu dívka krmena plně enterálně. Pro nekonjugovanou hyperbilirubinemii byla přechodně nutná fototerapie (celkem 93 hod), jinak stav bez pozoruhodností. Provedena všechna screeningová vyšetření s normálním nálezem. Vzhledem k nezralosti proveden ultrazvuk mozku, který byl bez významnější patologie.

K nám na novorozeneckou jednotku intenzivní péče byla dívka přeložena v gestačním stáří 33 + 2, s hmotností 1 440 g, medikována kofein citrátem jako prevence apnoických pauz, Kanavitem a Vigantolem, krmena kombinovaně NGS a savičkou. Další průběh byl klidný, vstupní laboratorní vyšetření bez nápadností, kultivačně bez významného osídlení.

24. den života při rehabilitaci proběhla jedna náhlá epizoda několik sekund trvajícího prošednutí, která se obešla bez intervence, se spontánní úpravou, toho času bez zaznamenané desaturace vzhledem k odpojení od monitoru v době rehabilitace. Od té doby se dívka zdála unavenější zejména při krmení, proto opět krmena plně NGS. Následně bez další symptomatologie, dítě čilé, kardiopulmonálně stabilní.

28. den proběhly plánované odběry, kde bez elevace zánětlivých parametrů, pouze zaznamenána mírná normocytární anémie (hemoglobin 102 g/l). Tedy opět zahájen

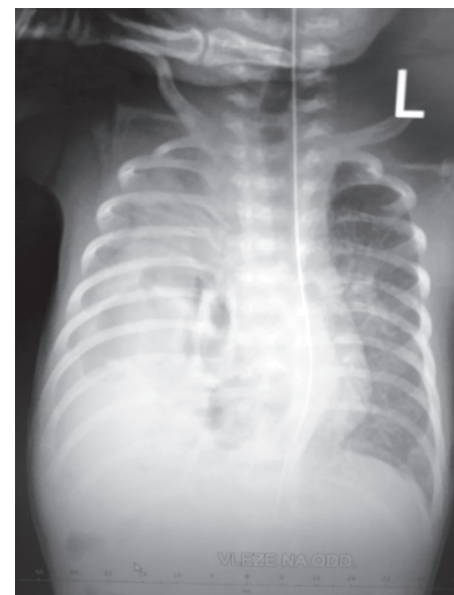
nácvik krmení savičkou, vcelku s dobrou tolerancí.

29. den dopoledne dívce podány 2 ml odstříkaného mateřského mléka, více netolerováno, zbytek dávky podán do NGS. O zhruba 3,5 hodiny později (cca 30 minut po dalším krmení do sondy) náhle došlo ke zhoršení stavu, kdy se velmi rychle rozvíjela tachydyspnoe s dechovou frekvencí 80/min, dívka zatahovala jugulum i podžebří, naznačen grunting, k tomu desaturace k 80 %, tachykardie kolem 200/min. Tou dobou zahájena oxygenoterapie maskou, po které se saturace normalizovala, tachydyspnoe a tachykardie přetrvávala, k tomu poslechový nálezu vlhkých fenoménů bazálně nad pravou plicí, dále i v pravé axile, febrilie nenaměřena. Vzhledem k akutnímu rozvoji symptomů jsme nejprve pomýšleli na aspiraci podaného mléka. Kontrolní zánětlivé parametry zůstaly nízké včetně prokalcitoninu, patrná pouze trombocytóza ($637 \times 10^9/l$), v kapilárním Astrupu patrný zvýšený parciální tlak CO_2 (6,4 kPa) a vyšší hladina laktátu (3,1 mmol/l). Dále proveden rentgenový snímek plic a srdce (Obr. 1), který rentgenology popsán jako: Nevzdušná plíce vpravo s naznačeným projasněním ve středním a dolním plicním poli. Vpravo pouze drobné vzdušné okrsky paramediastinálně. Kontura bránice vpravo nediferencovatelná. Vlevo bez patologického nálezu. Přesun středových struktur doleva. Touto dobou dle rentgenového nálezu v rámci diferenciální diagnózy námi pomýšlelo i na brániční hernii, rentgenový obraz ale pro tuto diagnózu přesvědčivý nebyl.

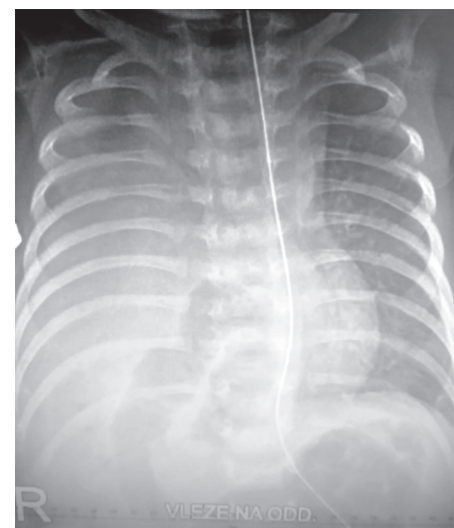
Vzhledem k popsanému nálezu a klinickému obrazu dívka ihned zajištěna dvojkombinací antibiotik (ampicilin, gentamicin), převedena na plnou parenterální výživu.

Stav dívky konzultován s neonatologií a rentgenologií perinatologického centra, kteří snímek hodnotili spíše jako netypický obraz pneumonie, nakonec změna antibiotik z ampicilinu na ceftazidim a zahájena distenzní terapie nasální cPAP (PEEP 5–6 mm H_2O , FiO_2 : 0,25–0,30). Na této terapii se stav zlepšoval, dyspnoe v řádu desítek minut ustoupila, dechová frekvence se zpomalila na 60 dechů za minutu, dívka byla klidná, růžová, bez desaturací, přes noc ztolerovala 5 ml mateřského mléka do NGS, postupně vyklesáno s FiO_2 na 0,23.

Obr. 1. První rentgenový snímek plic s netypickým obrazem, suspekce na pneumonii, v dif. dg. brániční hernie



Obr. 2. Již kompletně nevzdušné pravé plicní křídlo, potvrzená pravostranná Bochdalkova brániční hernie



Následující den (celkem po 17 hodinách) bylo možné ukončit distenzní terapii, s dobrou tolerancí. Poslechový nálezu nad pravou plicí byl zlepšen, plíce se zdála poslechově vzdušnější, klinický stav dívky stabilní, bez desaturací, fyziologické funkce v normě, termostabilní. V kontrolní laboratoři byl mírný posun doleva v krevním obraze bez přítomné leukocytózy, trombocytóza s mírným poklesem, trvala mírná anémie, ostatní zánětlivé markery bez elevace, iontogram v normě, hemokultura toho času negativní. Proveden kontrolní rentgenový snímek plic (Obr. 2), s nálezem: již kompletně nevzdušné pravé plicní křídlo. Bránice vysunutá výrazně kranálně, není zřetelný ani naznačený vzdušný bronchogram pravého