



VFN PRAHA

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK
Perinatologické centrum

Apolinářská 18, 128 00 Praha 2

Přednosta: prof. MUDr. Alois Martan, DrSc.

Primář gyn.-por.: doc. MUDr. David Pavlišta, Ph.D., Primář neonatologie: prof. MUDr. Richard Plavka, CSc.

Propouštěcí zpráva

Příjmení a jméno: Betaubun Kryštof Enz

Č. poj.: 2104131755

Kód ZP: 444

Bydliště: U Libeňského pivovaru 2444/6a, 180 00 Praha 8, tel. 77

Č. chor.: 003915/21

Hospitalizace od 13.04.21 09:52

do: 06.05.2021 10:25

Překladová zpráva

Porod: akutní SC pro hrozící hypoxii, silentní CTG (susp. arytmie plodu - tachykardií)

Novorozenec při narození:

Při propuštění 24. den života

Gestační stáří: 37. + 6/7 týden

Postmenstruační stáří: 41. + 1/7 týden

Porodní hmotnost: 3505 g (80. P)

Hmotnost: 3500 g (25. P)

Porodní délka: neměřena

Délka: 54 cm (80. P)

Obvod hlavy: 36 cm (93. P)

Obvod hlavy: 36 cm (61. P)

Diagnózy:

P21.0 Těžká porodní asfyxie

P91.6 Hypoxicko - ischemická encefalopatie novorozence – III. stupeň (dle Sarnat and Sarnat)

P90 Křeče u novorozence

P94.2 Kořenová a axiální hypotonie

P80.8 Léčebná řízená celotělová hypotermie

P02.7 Akutní subchorionitida

P24.8 Aspirace zkalené plodové vody

P28.5 Respirační selhání novorozence

P29.8 Plicní hypertenze

P61.6 Postasfyktická porucha koagulace u novorozence

P61.0 Trombocytopenie u novorozence

P70.8 Hypoglykémie a hyperglykémie

P71.2 Novorozenecká hypomagnezémie

P74.8 Postasfyktická jaterní a renální dysfunkce

P59.9 Ikterus novorozence

P38.3 Perianální intertrigo

Z38.0 Jediné dítě, narozené v nemocnici

Epikríza: Hraničně zralý, eutrofický chlapec porozen akutní SC pro hrozící hypoxii, silentní CTG (susp. arytmie plodu - tachykardie). Pupečník kolem hlavičky. Adaptace s klinickými známkami asfyxie vyžadující resuscitaci včetně nepřímé srdeční masáže a intubace, aspirace zkalené plodové vody. ABR z pupečnickové arterie ale s pH 7,25, pCO₂ 7,53 kPa, BE -3,4 mmol/l, laktát 5,4 mmol/l, glykémie 2,8 mmol/l. Na oddělení dítě na umělé plicní ventilaci v režimu vysokofrekvenční oscilační ventilace (HFOV) s oxygenoterapií. Zahájena monitorace aEEG s nízkovoltážním záznamem. Chlapec od porodu v pasivní hypotermii a od 6. hod života po dobu 72 hod. na řízené celotělové hypotermii. Rozvoj multiorgánové dysfunkce po proběhlé asfyxii. Pro myokardiální dysfunkci s hypotenzí opakovaně volumoexpanze mraženou plasmou a kardiální podpora katecholaminy (dopaminem a dobutaminem). Respirační selhání s plicní hypotenzí při aspiraci zkalené plodové vody léčeno HFOV s laváží surfaktantem, následným podáním surfaktantu a podáváním oxidu dusnatého do 3.dne života, od 4.dne života na konvenčním ventilačním režimu (PSV/VG). VABR metabolická acidóza s elevací laktátu. Vstupně v KO jen mírný posun doleva s mírnou anémií a střední trombocytopenií. Pro elevaci zánětlivých parametrů chlapec zajištěn



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK
Perinatologické centrum
Propouštěcí zpráva

Jméno **Betaubun KryštofENZ**

Č. poj.: 2104131755

Č. chor.: 003915/21

antibiotiky (ampicilin + amikacin). Elevace jaterních transamináz po proběhlé asfyxii. Koagulopatie při asfyxii korigovaná podáním mražené plasmy a progresí trombocytopenie korigována jedním trombocytárním koncentrátem a anémie transfuzí jedné erymasy. Hypomagnezémie korigovaná suplementací. Renální funkce se po hypoxickém renálním selhání se od 6. dne života pozvolna normalizují.

Od 48. hod. života enterální výživa s pozvolným zlepšováním tolerance navyšovaných dávek stravy. Od 8. dne života již chlapec na plné enterální stravě orogastrickou sondou.

Pro klonické křeče horních končetin s korelátem na aEEG v 10. a 11. hod. života podán opakovaně Luminal, dále antikonvulzivní terapie posílena o Epanutin a Midazolam a 6. den života nasazen levetiracetam (Keppra).

Vyvedení po 72. hod. z řízené hypotermie bez komplikací. Během 4.-5. dne života ukončení oběhové podpory a analgosedace. U chlapce přetrvává porucha vědomí s výraznou hypotonií, zornice izokorické zprvu miotické nereagující bez fotoreakce, od 48. hod. života již střední velikosti s výbavnou fototerakci. Mění se i reakce na exterocepci - podráždění při odsávání, kdy chlapec reaguje zprvu flexí dolních v dalších dnech i flexí horních končetin. Od 6. dne života náznak sacího reflexu. Na aEEG přetrvává nízkovoltážní záznam.

8. den chlapec plánovaně extubován a pro hypoventilace převeden na dechovou podporu vysokoprůtokových nosních kanyl (HFNK) s intermitentní potřebou oxygenoterapie do 23% do 10. dne a 13. den života dechová podpora ukončena. 8. den života převeden na perorální formu terapie antikonvulzivy v Phenaemaletten a Keppra, na které je chlapec bez křečových projevů. Dle neurologického vyšetření je u chlapce porucha vědomí s významnou tonusovou odchylkou (hypotonie kořenově a axiálně), kvadruhyperreflexie. Na UZ CNS jsou fokální změny bílé hmoty po proběhlé asfyxii. Stav diagnostikován jako přetrvávající hypoxicko-ischemická encefalopatie III. stupně s prognózou závažného neurologického postižení. Na konci 2. týdne života se zvyšuje spontánní aktivita, přetrvává však výrazná hypotonie. Chlapec nesaje a nepolyká (pouze jednotlivé ml), nutná je důsledná toaleta dutiny ústní. 16. den života proběhlo plánované vyšetření MR CNS s nálezem rozsáhlých destruktivních změn (ischemické s residu po krvácení), pseudocyst, laminární nekrózy, gliózy, možná ještě edémem zasahujícím obě hemisféry, smíšený typ periferní a centrální ischemie.

Na EEG hrubě abnormální nízkovoltážní záznam s nápadně chudou základní aktivitou, neměnicí se se změnou vigily. Bez specifických změn. Chlapec na plné enterální stravě vlastním mateřským mlékem podávaným orogastrickou sondou od 9. dne života, pro plochou váhovou křivku a při hraniční laktaci u matky do stavu zavedeno izokalorické umělé mléko (Infatrini Peptisorb).

Od 17. dne života chlapec přeložen na intermediární oddělení, kde po domluvě s neurologem plánované postupné snižování dávky phenobarbitalu, chlapec po celou dobu bez křečových projevů. Pro opakované projektilové zvracení USG GIT, kde povšechná hypomotilita GIT s normální anatomickou strukturou, bez pylorostenózy. Kryštof se přikládá k prsu, je krmený orogastrickou sondou, v posledních dnech na váze prospívá. S rodiči dítěte byl opakovaně veden pohovor, o stavu včetně silně nepříznivé neurologické prognózy byli informováni, v souhlase s ošetřujícím týmem si v případě závažných komplikací nepřejí rozšiřovat intenzivní péči o umělou plicní ventilaci. Byli informováni a souhlasí s plánem přeložit dítě k další paliativní péči na specializované oddělení Nemocnice Hořovice. Vyjadřují přání po zacvičení převzít dítě do domácí péče. Byli kontaktováni s Centrem provázení. 24. den života po domluvě s rodiči a paní primářkou MUDr. Exnerovou chlapce překládáme k další péči do Nemocnice Hořovice na Pediatrické oddělení.

OA matky: Betaubun Elisaputri, nar. 1989, operace pro benigní tumor prsu v r. 2011 (Singapur).

RA: otec dítěte - otec dítěte - podle ústního sdělení rodiny se dítě narodilo v ochranné lhůtě po minulém manželství matky, proto je de jure uváděn jako otec bývalý manžel. Biologický otec je současný partner matky, který se k otcovství hlásí a podniká právní kroky k uznání svého otcovství.

Perinatální anamnéza: 1. gravidita / 1. parita. KS matky A Rh +, protilátky neg., HBsAg neg., HIV neg., BWR neg.

Průběh těhotenství: do porodu fyziologická gravidita, matka přijata pro snížené vnímání pohybů a na kontrolním CTG zjištěna arytmie plodu - tachykardie, silentní záznam - indikováno ukončení gravidity per SC.

Vyšetření: biochem. screening negat., USG bpn., odtok vody plodové při SC, kultivace: GBS negativní.

Léčba: 0

Adaptace po porodu: po vybavení atonie, cyanoza, jen bradykardie, miotické zornice, resus.: IPPV, nepřímá srdeční masáž,



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK
Perinatologické centrum
Propouštěcí zpráva

Jméno **Betaubun Kryštof Enz**

Č. poj.: 2104131755

Č. chor.: 003915/21

intubace FiO₂ 1,0, odsátí žaludku + dýchacích cest - ZVP + krev.

APGAR: 1-4-7 bodů, ABR: z pupečnickové arterie: pH 7,25, pCO₂ 7,53 kPa, BE -3,4 mmol/l, laktát 5,4 mmol/l, glykémie 2,8 mmol/l.

Výsledky vyšetření:

Hematologické hodnoty: krevní skupina: A Rh pozitivní. Vstupně KO s mírnou anémií, střední trombocytopenií a posunem doleva: Leu: 23,57 10⁹/l, Ery: 4,12 10¹²/l, HB: 132 g/l, HTC: 0,402, Plt: 85 10⁹/l, Diferenciál: SEG: 51,7 %, T: 9,5 %, Ly: 17,1 %, Mo: 10,4 %, I/T: 0,19. Dále v KO anemizace a trombocytopenie s min. Hb 116 g/l a trombocyty 35 10⁹/l ve 13. hod. života s pretrvávajícím posunem doleva I/T 0,19, po korekci transfuzí erymasy a trombocytárního koncentrátu HB 133 g/l a trombocyty 129 10⁹/l, posun doleva ustupuje I/T: 0,12. Dále v KO se Hb drží v pásmu nad 140 g/l, přechodný pokles trombocytů na 39 10⁹/l 3.den života dále se spont. vzestupem, mírný posun doleva ale KO bez leukocytózy (max. I/T 0,22).

Koagulační vyšetření: rozvoj koagulopatie s normalizací po opakovaném podání mražené plasmy do 74. hod života. Quick test čas: 24,1; 22,6; 21,3; 13,1; 10,2 s, Quickův test INR: 2,31; 1,82; 2,03; 1,2; 0,94, APTT: 65,5; 58,6; 95,1; 42,8; 36,6 s, Trombinový čas: 26,4; 28,8 s, Fibrinogen koagul.: 1,58; 2,30 g/l, Antitrombin III: 31; 36; 28; 41; 55 %, D-Dimer: >6400; 5099; 1768; 2620; >6400 ug/l

Biochemické hodnoty: Vstupně ABR s metabolickou laktátovou acidózou s pH 7,296, BE -7,3 mmol/l, Laktát: 8,9 mmol/l, iontogram, kromě hraniční hypokalémie (4,2 mmol/l) v normě. Dále prohlubení laktátové acidózy s min. pH 7,165 a max. laktátem 15 mmol/l v 15. hod. života, dále normalizace ABR do 4.dne života. Přechodná hypokalémie s min. 4 mmol/l během 2.dne života a hyponatrémie ve 2.-3. dni života s min. 126 mmol/l, dále 5.den života přechodně hypernatrémie 148 mmol/l, dále iontogram v normě.

Ca v normě: 1,96; 2,44 mmol/l, Mg: hypomagnezémie 0,65 mmol/l (v 13. hod. života) na substituci úprava 0,90 mmol/l Vstupně hypoglykémie pod 1 mmol/l, dále 2,3; 16,5; 15,1; 14,8; 14,2 (ve 2.dni života); při inzulinoterapii 8,4; 3,2; hypoglykémie 2,6 mmol/l (45. hod. života); dále po ukončení inzulinoaterapie glykémie 10; 6,5; 5,7; 4,7; 5,3; 4,8; 4,3; 8,6; 4,8; 5,8 mmol/l CRP: vstupně 8 mg/l, max. 47 mg/l v 94. hod. života, dále do 14.dne života normalizace.

Urea: 6,7; 7,4; 10,1; 10,7; 8,2 mmol/l, S-kreatinin: 209; 137; 126; 113; 49 umol/l, ALT: 3,17; 4,08; 5,16 (53.hod. života); 3,47; 0,49 ukat/l, AST: 11,33; 20,27 (23. hod. života); 15,31; 1,77; 1,19; 0,76 ukat/l, GGT: 3,22; 11,91 ukat/l (v.s. indukce fenobarbitalem), ALP: 3,99 ukat/l. Albumin: 29,5; 34,3 g/l.

Amikacin: 27,4; 31,8 mg/l (nad terapeutickou hladinou - podány pouze 2 dávky)

Max. bilirubinémie 202 umol/l 4.den života.

Mikrobiologie: hemmokultura 13.4.2021 a 17.4.2021 - obojí negativní, kolonizace DDC - *Bacillus cereus* a HDC: *Staphylococcus hemolyticus* a *Staphylococcus epidermidis*.

Další laboratorní vyšetření:

Hladiny antikonvulziv: 14.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 28,8 ug/ml. Terapeutické rozmezí 10-30 (15-40) ug/ml. Phenytoin v séru: 14,1 ug/ml. Terapeutické rozmezí děti 5 - 15, dospělí 10 - 20 ug/ml.

16.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 37,4 ug/ml.

18.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 46,5 ug/ml

19.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 43,0 ug/ml.

20.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 35,0 ug/ml. Levetiracetam I v séru: 44,6 ug/ml. Terapeutické rozmezí (3-) 10 - 40 ug/ml. Toxická hladina větší než 400 ug/ml.

22.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 33,0 ug/ml. Levetiracetam v séru: 22,1 ug/ml.

26.4.2021: Phenobarbital v séru/plasmě: 28,3 ug/ml. Levetiracetam v séru: 20,0 ug/ml.

Histologie placenty: Hodnocení zánětu placent podle Amsterdamských kritérií (Amsterdam Placental Workshop Group Consensus Statement, Arch Pathol Lab Med. 2016).

Mateřská zánětlivá odpověď: Stage 1, grade 1. Fetální zánětlivá odpověď: 0

Závěr: V placentě akutní subchorionitis. Ostatní nález je přiměřený gestačnímu stádiu.

RTG: vstupně pro v.s. aspiraci a po zavedení UVC.

USG CNS 14.4.2021: Základní anatomie odpovídá zralému CNS. Stav po HIE. V parenchymu ložiskové změny - hyperechogenity, hlavně frontálně. Kongestivní toky v ACA, RI 0,38.

15.4.2021: zralý mozek s částečně setřelou strukturou a počínajícími neostře ohraničenými PVE I.-II. v bílé hmotě hemisfér, postranní komory velmi štíhlé, bez známek krvácení, kmen ACA RI 0,4

Zá: edém mozku s naznačenými fokálními změnami bílé hmoty, kongestivní toky ve kmeni ACA.

ECHO 13.4.2021 11:00: Asfyxie, MAS, tachykardie plodu: stav po resuscitaci intubace+NSM: vyšetření v 90 min.: 4 oddíly, převaha zprava doleva, PDA s R-L zkratem, FS LV 27%, nízký LVO a hraniční SVC. CAVE plicní hypertenze. Doporučení: Tensamin dle tlaku 6-12ug/kg a volumexpanze rychlá 20ml/kg (1 hod.)

13.4.2021 17:00: zvýšené nároky na kyslík. Známky plicní hypertenze, převaha pravostranných srdečních oddílů, trikuspidální



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK
Perinatologické centrum
Propouštěcí zpráva

Jméno Betaubun Kryštof Enz

Č. poj.: 2104131755

Č. chor.: 003915/21

regurgitace, PI, přes dučej bidirekční zkrat. Mírná myokardiální dysfunkce, SF LV 30%. Dop: i NO, dobutamin, ev. zopakovat surfaktant

USG GIT 5.5.2021: Jícen obepíná gastrickou sondu, regurgitace ani deglutinace nezachyceny, dolní jícnový svěrač kompetentní, průsvit do 6 mm. Lokalisace a tvar žaludku v normě, výrazná náplň 30 min. po jídle. Pyloru se otevírá a 2x/min 30 min. po jídle. Svalovina 2 mm, délka 12 mm, lumen o průsvitu 5-9 mm. Nápadně objemný močový měchýř, který dosahuje do úrovně pupeční branky, kulovitý tvar, bez mikčního reflexu, bez VUR, struktura a velikost ledvin v normě. **Závěr:** Involuce mozku po proběhlém globálním poranění HIE. Struktura horního GIT v normě, Snížená hypomotilita GI a uropoetického traktu neurogenního původu při poškození CNS.

Další zobrazovací metody:

MR mozku 27.4.2021: Kód indikující diagnózy: žádný kód

Požadované vyšetření: mozek - anest. žád. přivezou s pac.

Vyšetření provedeno na přístroji "Magnetická rezonance" výrobce Siemens typ SKYRA 3T S/N: 46119

Byla provedena aplikace 1 ml kontrastní látky "Dotarem 1x20 ml" (bez jakékoli nežádoucí reakce). Vyšetření provedeno v protokolu na mozek, doplněno po aplikaci Gd-DTPA.

Kostní struktury lebky mají normální tvar, signál. Supratentoriálně jsou patrné v obou hemisférách rozsáhlá patologická ložiska, respektive, oba frontální laloky v celém rozsahu mají snížený signál v T1W, zvýšený v T2W, obdobné změny mají ostatní mozkové laloky. Charakter změn v modu FLAIR již náznak cystických změn. V obou hemisférách jsou v bílé hmotě drobná ložiska sníženého signálu v FFE T2W, residua po drobných, nejspíše petechiálních krvácení. Mozková kůra má zvýšený signál v T1W, snížený v T2W, místy nelze diferencovat, respektive splývá s bílou hmotou. což rovněž svědčí pro ischemické změny (laminární nekróza). Není diferencovatelné zadní raménko capsula interna, což rovněž podporuje ischemické změny. Centrální šed' (thalamy, n.lentiformis) zvýšený signál v T1W, rozsah ischemických změn lze obtížně t.č.zjistit. Infratentoriálně relativně normální nález.

Po aplikaci KI mapovitý enhancement patologických ložisek, nejspíše enhancují septa pseudocyst. Enhancement v tomto případě je spíše popisován jako nepříznivý fenomen. Mozkové komory jsou prostornější, až rozšířeny.

Závěr: rozsáhlé destruktivní změny (ischemické s residui po krvácení), pseudocysty, laminární nekróza, glióza, možná ještě edém, zasahující totálně obě hemisféry, smíšený typ periferní a centrální ischemie, t.z. superscan. prof. MUDr. Zdeněk SEIDL, CSc.

EEG 19.4.20221: Pozn.: 7 dní, lůžko, UPV, do 15 min. neklid-pohyby HK i DK, dále spí

Drobný el. artefakt difusně (okolí?), místy el. artefakty při neklidu. Základní aktivita je nápadně chudá, nízkovoltážní, nepravidelná polymorfni theta a delta, amplituda do 20 uV, neměnicí se během kolísání vigil. stavu a ve spánku. Superponovaná rychlá aktivita nižší amplitudy (ve všech svodech) na pomezí beta a gamma nejspíše artefaktového původu. Specifické změny nezachyceny.

Závěr: Hrubě abnormální záznam, základní aktivita nápadně chudá, nízkovoltážní. Nezachyceny specifické GE ani iktální EEG projevy. El. artefakty.

28.04.2021: Diagnóza: Stp. asfyxií, Terapie: Phenaemaletten 7,5 mg á 12 hod, Keppra 50 mg, 0,5 ml á 8 hod

Popis: O oči, Z oči, poot oči, místy neklid, blinká, po odsátí klidnější, usíná, občas plačtivý, věk 15 dní

Technická kvalita záznamu dobrá, místy pohybové artefakty při neklidu. Základní aktivita nápadně chudá, nízkovoltážní, nediferencovaná, tvořena nepravidelnou theta, amplituda do 10-15 uV. Během záznamu se významně nemění, není výraznější změna ve spánku. Při neklidu arefakty. Specifické změny nezachyceny.

Závěr: Hrubě abnormální záznam, základní aktivita je nápadně chudá, nízkovoltážní, neměnicí se se změnou vigility. Specifické změny nebyly zachyceny.

Neurologické vyšetření 20.4.2021:

Aktuální terapie: Phenaemaletten cps 2 x 7,5 mg, Keppra sir. 3 x 0,5 ml, midazolam iv. kont. 0,12 mg/kg/hod. Dnes extubován.

SP: V inkubátoru, invazivní vstupy, monitorován (aEEG, EKG, Sat....). Spont. klidný, zavřené oči, semiflekční držení HK, semiflexe, abdukce DK, spont. projev 0, při manipulaci grimasa, flekční pohyb paže, třes, ojediněle krátce myoklonus pravé paže. Dolichocefalie, OH 36 cm, VF 2x2 cm, v niv., měkká. Oči zavřené, neotevírá, po pasivním otevření bulby mírně divergují, isokorie, miosa. FOL 0. Mimika symetrická, masseter sporně, nasopalpebrální +, korneální +, akustikofaciální r 0. DU bpn., jazyk ve střední čáře.

Konfigurace končetin bez nápadností, hypotonie axiálně, kořenově, šátkový př. +, flexe v kyčli 90 st., abdukce 150 st., popliteální úhel 120 st., pasivní hybnost bez omezení, síla nelze. Reflexy C5-6 živější, zona na 1/2 předloktí, L2-S2 hyperreflexie, noha nad koleno, do 1/2 bérce. Klonus na Dk +. Úchopy 0, plantární r. s dorsiflexí palce, Rossolimo +, patní r+. Trakce s pasivní extenzí HK, pasivní ramínka, reklinace hlavy, abdukce DK. Ostatní vývoj. rr. a polohové reflexy netestovány.

Závěr: Porucha vědomí, významná tonusová odchylka (hypotonie kořenově a axiálně), kvadruhyperreflexie. Vývojové rr. a polohové reakce nevyšetřeny vzhledem k ceklovému stavu dítěte. HIE III st. St.p. těžké prenatální/perinatální asfyxií



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK
Perinatologické centrum
Propouštěcí zpráva

Jméno **Betaubun Kryštof Enz**

Č. poj.: 2104131755

Č. chor.:003915/21

(komplikované hypoglykemií, hyponatremií). St.p. neonatálních křečích (myoklonické, klonické).

Doporučení: Pokračovat v terapii fenobarbitalem jak zavedeno. Keppra sir. v dáce 40-60 mg/kg/den, ve 2 dávkách, uprava dávky dle hladin. Pokud se budou opakovat myoklonické křeče- Rivotril gtt. Začít dávkou 0.03 mg/kg/den, zvyšovat do dávky 0.1-0.2 mg/kg/den. V případě nakupení záchvatů nebo epi statu (klinické nebo i elektické křeče) fenytoin nebo midazolam v obvyklých dávkách. Indikováno MR mozku. Kontrolní neurologické vyšetření před propuštěním nebo v případě komplikací.

Povinné screeny:

VDRL a EIA Syphilis screen 26.4.2021: negativní

DMP odeslány - I. screening dne: 15.4.2021, II. screening dne: 26.4.2021

Screening sluchu: BERA 26.4.2021 vpravo výbavné, vlevo nevýbavné

Screening katarakty: oční reflex výbavný oboustranně

Orientační fyzikální vyšetření kyčelních kloubů provedeno s normálním nálezem.

Matce předán dotazník stran tuberkulózy - odesláno spolu s dokumentací, dítě doporučeno ke kalmetizaci

Terapie:

Umělá plicní ventilace celkem 8 dní (HFOV 4 dny, PSV/VG 4 dny), HFNC do 13. dne života.

O₂ do 10. dne života (do 39+1 PMT), max. FiO₂ 1,0

iNO: 3 dny

Podání surfaktantu (Curosurf): 2x laváž ředení (1 amp.+20 ml FR), 4 ampule.

Počet transfuzí erymasy: 1x (14.4.2021).

Počet trombocytárních koncentrátů: 1x (14.4.2021)

Kardiální podpora: Tensamin 4 dny, Dobutamin 5 dní, Volumexpanze mražená plasma: 4x (155 ml)

Antibiotika profylakticky celkem 7 dní (Ampicilin, Amikacin)

Parenterální výživa cestou pupeční žíly 8 dní.

Enterální výživa 120 ml/kg 8. den života (87,5% VMM v prvních 14 dnech), Hipp, Infatrini Peptisorb. Dále pouze VMM.

Farmakoterapie: Luminal, Epanutin, Keppra i.v., Dormicum i.v., Sufentanil Torrex, Phenaemaletten, Keppra sir., Vigantol,

Laktobacilky baby, Kanavit po porodu i. m.

Fototerapie intermitentně 5.-6. den života (celkem 17 hod.). Fyzioterapie.

Stav při překladi:

Klinický stav: chlapec klidný, křečové projevy nepozorovány. Celková hypotonie, nevýbavné novorozenecké reflexy, občas horizontální nystagmus. Kůže čistá, subkonjunktivální hemoragie vpravo. VF pod niveau, cca 2x2 cm. Dystrofický habitus. Hydratace adekvátní, prokrvení dobré, mírné TAE, oschlé rty. Bez dechové podpory, stabilní, dýchání čisté. AS prav. 140/min, bez šelestu. Břícho měkké, prohmatné.

Výsledky: 2.5.2021: CRP: <5,0 mg/l, Glukóza: 4,1 mmol/l, pH: 7,417, pCO₂: 5,10 kPa, Laktát: 3,30 mmol/l,

KO: Leu: 18,63 10⁹/l, Ery: 4,62 10¹²/l, HB: 139 g/l, HTC: 0,412 l, Plt: 470 10⁹/l

USG CNS před překladem: Atrofie a difusní forma PVL 4. st. po HIE.

Medikace:

24. Phenobarbitalum cps á 3,75 mg podat 1 cps - ~~17 cps~~ á 24 hod. p. o. (18) - (podávat do 7.5.2021 potom EX)

18. Keppra sir. 100 mg/ml - podat 0,5 ml (50 mg) p.o. á 8 hod (13 - 21 - 05)

Laktobacilky 1 sáček do jídla (15)

Vigantol sol. 1 gtt. p.o. (12)

25% sacharóza sol. 0,2 ml p.o. 2 min. před bolestivým výkonem, minimálně 10 min. mezi jednotlivými podáními, maximálně 1 ml za 24 hod.

Ošetřování a sledování: KLID, polohovat, zvýšená poloha, zápis diurézy a stolice čárkou, váha denně, hlídat křečové projevy, antirefluxní režim, RHB, orofaciální stimulace

Strava: POGS, pomalé krmení - minimálně 30 minut, přikládání k odstříkanému prsu

8x 65 ml VMM, při nedostatku VMM podat 60 ml PreBeba 2

150 ml/kg/den, 117 kcal/kg/den

Doporučení:

* kontrola GIT fcí, antirefluxní režim, kontrola hmotnosti - VMM, při nedostatku VMM PreBeba 2 (dávky 60-65 ml 8x denně)

* antikonvulzivní terapie: pokračovat s Kepprou, Phenobarbitalum kps podávat do 7. 5., pak vysadit



VFN PRAHA

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1.LF UK
Perinatologické centrum
Propouštěcí zpráva

Jméno **Betaubun Kryštof Enz**

Č. poj.: 2104131755

Č. chor.: 003915/21

* po ukončení terapie fenobarbitalem kontrolní EEG + neurologické vyšetření

* RHB + orofaciální stimulace

* zopakovat screening sluchu: BERA vpravo výbavné, vlevo nevýbavné

* Vigantol gtt. 1 kapka per os 1x denně

V případě respiračního selhání - neintubovat, nezahajovat UPV (soulad rodiči na pohovoru z 22.4.2021), pouze neinvazivní ventilace (HFNK, nCPAP), v ostatních případech nadále plná péče.

V případě nakupení záchvatů nebo epi statu (klinické nebo i elektické křeče) fenytoin nebo midazolam v obvyklých dávkách - po stabilizaci neurologické konzílium. Pro případ epi statu bude k dispozici Diazepam pro rektální podání. (dle dop. neurologa).

Kontakt na PLDD:

Kontakt na rodiče: telefon: Betaubun Elisaputri, tel. 774 150 140

Za laskavé převzetí pacienta do péče děkujeme

MUDr. Juraj Gáll, MUDr. Mária Eliášová



V Praze dne: 06.05.21

Zapsal: Eliášová Mária, MUDr.

Neonatologie-JIRP Vedoucí lékař: MUDr. Pavel Kopecký

Staniční sestra: Harváňková Šárka DiS.

Neonatologie - JIP Vedoucí lékař: MUDr. Václav Sebroň

Staniční sestra: Rosolová Jana