

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА
В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра Анестезиологии и реаниматологии ИПО

Реферат на тему:

Транзиторное тахипное у новорожденных

Выполнил: Ординатор кафедры
анестезиологии и реаниматологии и ИПО

Сергеенко Е.В.

Красноярск 2018

Содержание:

1. Введение
2. Определение
3. Патофизиология
4. Симптомы
5. Факторы риска заболевания
6. Диагностика
7. Лечение
8. Осложнения и последствия
9. Профилактика
10. Дифференциальная диагностика
11. Литература

Введение

В момент родов происходит мгновенное обездвиживание ребёнка на несколько секунд. Затем возникает первый глубокий вдох под влиянием нисходящих влияний ретикулярной формации на дыхательный центр. Активация ретикулярной формации происходит под влиянием возникших в родах гипоксии, гиперкапнии, метаболического ацидоза, комплекса температурных, проприоцептивных тактильных и других стимулов во время рождения. После окончания острой адаптации к вне утробному существованию (первые 30 мин жизни) на протяжении 2-3 дней жизни минутная лёгочная вентиляция в 2-3 раза выше, чем у старших детей, что и называют физиологической(транзиторной) гипервентиляцией, направленной на компенсацию метаболического ацидоза при рождении.

Первое дыхательное движение происходит по типу гаспс, характеризуется глубоким вдохом, затруднённым выдохом (инспираторная «вспышка») и наблюдается у здоровых доношенных детей в первые 3ч жизни.

Транзиторное тахипноэ нередко возникает у доношенных детей, родившихся в результате кесарева сечения, вследствие задержки резорбции фетальной жидкости в лёгких. Приступы апноэ недоношенных могут иметь место у ребёнка низкой массой тела при рождении. Этот вид расстройства дыхания в ряде случаев служит симптомом неонатальной патологии (сепсиса, гипогликемии, внутричерепного кровоизлияния и др.) и требует проведения дополнительного обследования.

Определение

Транзиторное тахипноэ новорожденных (ТТН) известно также как синдром «влажных легких» или респираторный дистресс-синдром II типа. Как правило, встречается у доношенных или недоношенных новорожденных. Проявляется синдром дыхательных расстройств с первых часов жизни, имеет доброкачественное течение и разрешается в течение 3—5 дней. Бывает трудно дифференцировать ТТН и БГМ. Однако дети с БГМ обычно недоношенные, дыхательные расстройства выражены у них более резко.

Патофизиология

Развитие ТТН связывают с задержкой резорбции фетальной жидкости из легких через лимфатические сосуды. Это увеличение внутрилегочного объема жидкости вызывает снижение растяжимости легких. В группу риска по развитию ТТН входят новорожденные, извлеченные путем операции кесарева сечения, так как при этом отсутствует физиологический механизм сдавления грудной клетки при прохождении по родовым путям, способствующий выдавливанию из легких жидкости.

В одном из исследований установлено, что легкая степень незрелости легких — центральное звено в патогенезе ТТН. Авторы обнаружили, что риск развития ТТН увеличен у новорожденных с гестационным возрастом около 36 нед, нормальным соотношением Л:С, но отсутствием в околоплодных водах фосфатидилглицерина (наличие в водах фосфатидилглицерина отражает полное созревание легких).

Симптомы

Отсутствуют специфические маркеры ТТН, его ставят по клинической и рентгенологической картине.

- Тахипноэ- увеличение частоты дыхательных движений (60 и более за одну минуту), появившиеся в первые часы после рождения (до 4ч). ЧД более 90 в минуту в первые 36 часов жизни значительно увеличивают риск длительного тахипноэ (более 72ч).
- Легкая гипоксемия в газах крови, иногда дыхательный ацидоз.
- Шумное дыхание.
- Синюшность кожных покровов.
- Ретракции, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков, втягивание надключичных ямок).

Факторы риска заболевания

Как правило, при естественных родах в срок, данное заболевание не проявляется. Стремительные, срочные, многоплодные, преждевременные роды, а также кесарево сечение — главные факторы риска. Немаловажную роль играют такие факторы как:

- недоношенность;
- асфиксия при рождении;
- наложение акушерских щипцов при родах;
- сахарный диабет матери;

- воздействие препаратов, принимаемых при беременности;
- многоплодная беременность;
- наркозависимость матери;
- чрезмерные или длительные схватки.

Хронические заболевания дыхательной системы матери (бронхиальная астма, туберкулез) также могут спровоцировать тахипноэ.

Диагностика

После рождения каждый новорожденный осматривается неонатологом на предмет наличия патологий. Вначале проводится общий осмотр новорожденного. По синюшному оттенку кожи и учащенному дыханию можно определить недуг визуально. Часто о наличии тахипноэ свидетельствует тахикардия с нормальным артериальным давлением.

Затем высчитывается частота вдохов за минуту. Более 60 дыхательных движений не является нормой. Грудная клетка прослушивается при помощи фонендоскопа. Наличие хрипов, сипения и экспираторных шумов вполне может свидетельствовать о наличии тахипноэ.

- **Общий осмотр новорожденного:**

- увеличение частоты дыхательных движений (60 и более за одну минуту);

- шумное дыхание;

- синюшность кожных покровов;

- участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры (раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков, втягивание надключичных ямок).

- Выслушивание легких с помощью фонендоскопа (выслушиваются влажные хрипы).
- Рентгенография органов грудной клетки – позволяет выявить изменения в легких, обусловленные отеком легочной ткани. Тень сердца увеличена. Выраженный сосудистый рисунок.

Лечение

Методом лечения является кислородотерапия до устранения симптомов заболевания.

Поддержание оптимальной температуры тела.

Поддержание нормогликемии.

Осложнения и последствия

Прогноз как правило благоприятный. Заболевание проходит самостоятельно или на фоне кислородотерапии в течение 2-3 дней.

Возможны развития пневмонии, ПЛГ

Профилактика

Профилактика возможна со стороны беременной матери.

- При отсутствии медицинских противопоказаний — ведение родов через естественные родовые пути.

- Контроль за течением беременности с целью профилактики преждевременных и стремительных родов;
- контроль артериального (кровенного) давления;
- регулярное посещение акушера-гинеколога во время беременности, своевременная постановка на учет в женскую консультацию (до 12 недели беременности).
- четкое выполнение указаний врача акушера-гинеколога во время родов;
- своевременное и достаточное лечение инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы и сопутствующих заболеваний органов и систем организма.
- отказ от вредных привычек (алкоголь, курение).
- правильное питание (исключение соли, жареных, копченых, консервированных продуктов, употребление свежих овощей и фруктов, растительных масел и т.д.).

Дифференциальная диагностика

Пневмония. При изучении данных о течении беременности, как правило, выявляют факторы риска инфицирования плода. Ими могут быть хориоамнионит, длительный безводный период и лихорадка у матери. В клиническом анализе крови отмечаются изменения, свидетельствующие об инфекционном процессе.

Это либо нейтропения, либо лейкоцитоз в сочетании с увеличением количества незрелых клеток. Положительный тест Уэллкогена свидетельствует о наличии у ребенка инфекции, вызванной стрептококком группы В. Помните, что при малейшем подозрении или наличии минимальных признаков инфекции лучше назначить антибиотики широкого

спектра действия. Их введение всегда можно прекратить уже через 3 дня, если посеы отрицательные.

Порок сердца. Для исключения врожденного порока сердца необходимо выполнить тест со 100% кислородом. Может отмечаться кардиомегалия.

Болезнь гиалиновых мембран. Новорожденный, как правило, недоношенный или из группы риска задержки созревания легких, например, от женщины с сахарным диабетом. Большую помощь оказывает рентгенография грудной клетки, на которой определяется типичная ретикулогранулярная сеть с воздушной бронхограммой.

Церебральная гипервентиляция. Этот вид нарушений дыхания также наблюдается у доношенных новорожденных, но у тех из них, которые перенесли асфиксию при родах. У ребенка отмечается тахипноэ с минимальными изменениями на рентгенограмме грудной клетки. При использовании газов артериальной крови выявляют респираторный алкалоз.

Литература

- Баранов А.А. Детские болезни. Учебник. М, 2012.
- Детские болезни том 1,2. Шабалов Н.П. Учебник. СПб, 2012.
- Воронцов, И.М. Пропедевтика детских болезней. Учебник. - СПб, 2009.
- Неонатология. Национальное руководство. Под редакцией Н.Н. Володина. Москва, 2008.
- Сергеева, К.М. Педиатрия. – Учебник. – СПб, 2007