

ЗАДАЧА № 1.

Ребенок Д., Мальчик от матери 32 лет, с субкомпенсированным гипотиреозом, от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I и II триместрах, преэклампсией средней степени с 24 недели гестации. С 26 недели госпитализирована в отделение патологии беременности в связи с ухудшением самочувствия. Проведен курс пренатальной профилактики РДСН. Ребенок от 1-х преждевременных оперативных родов путем кесарева сечения на 32 неделе в связи с нарастанием симптомов преэклампсии у матери. При рождении: масса тела - 1200 г, рост - 41 см., оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Через 15 минут после рождения отмечалось нарастание ДН в виде тахипноэ до 85 в 1 мин, выраженные западения грудины на вдохе, цианоза носогубного треугольника, исчезающего при дыхании 40% кислородом. При аусcultации - экспираторные шумы, ослабленное дыхание, симметрично проводящееся во все отделы. В связи ухудшением состояния ребенок переведен в отделение интенсивной терапии, начата респираторная поддержка биназальным СРАР.

На момент осмотра возраст ребенка составляет 12 часов. В неврологическом статусе выражен синдром угнетения. Кожа чистая, бледно-розовая, цианоз с тенденцией к нарастанию. Появились частые эпизоды апноэ до 10-15 секунд с падением сатурации. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушенны, выслушивается систолический шум над областью сердца, среднее АД - 33 мм.рт. ст. Живот правильной формы, мягкий, доступен пальпации, печень +1,5 см. из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное, моча светлая, диурез -1,5мл/кг/час. Стула не было.

Газы капиллярной крови: pH-7,27, BE= - 6,2, pCO₂-70 мм. рт. ст., pO₂-35 мм. рт. ст., SaO₂ 84%

Клинический анализ крови: Нb-183 г/л, эр.-4,7x10¹²/л, лейк.- 18,0x10⁹/л, п/я -10%, с/я -45%, л- 32%, э- 2%, м-11%, тр.- 165,0x10⁹/л, СОЭ -3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, реакция – кислая, относительная плотность – 1009, белок – следы, эпителий плоский – немного, лейкоциты 3 – 4 в п/зр, эритроциты 7-10 в п/зр.

Рентгенограмма грудной клетки: «симптом белых легких», воздушная бронхограмма.

НСГ: очаги повышенной эхогенности в перивентрикулярных областях, замедление скорости кровотока по передне-мозговой артерии, снижение индекса резистентности. Признаки морфофункциональной незрелости.

ЭХО-КГ: Открытое овальное окно (2,6 мм) со сбросом крови слева направо. Размеры полостей в пределах нормы. Диагональные трабекулы, эктопическое крепление хорд митрального клапана к межжелудочковой перегородке. Показатели систолической функции левого желудочка, давления в легочной артерии в пределах нормы

Вопросы к задаче:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Оцените тяжесть дыхательных расстройств по шкале Даунса на 15 минуте жизни.
5. Как Вы интерпретируете данные лабораторного обследования?
6. Выпишите рецепт на Цефотаксим.
7. Дайте рекомендации по режиму кормления на первой неделе жизни; ребенок на естественном вскармливании. Потребность в калориях и белке для данного ребенка.
8. Прогноз заболевания

Ответы к задаче:

1. **Основной диагноз:** респираторный дистресс синдром новорожденных.

Осложнение: дыхательная недостаточность 3 степени.

Сопутствующие: церебральная ишемия 1-2 степени, функционирующие фетальные коммуникации (гемодинамически незначимый ОАП), недоношенность 32 недели, малая масса для гестационного возраста.

Комментарии: диагноз РДСН выставлен в связи с манифестацией симптомов ДН в первые минуты жизни у недоношенного ребенка, характерной аускультативной картиной. Отсутствуют симптомы интоксикации, по данным лабораторного исследования – нет данных за воспалительные изменения по результатам ОАК. По данным рентгенограммы – типичная картина РДСН (диффузное снижение прозрачности легочной ткани, воздушная бронхограмма).

ДН 3 степени поставлена по данным КОС (сатурация 84%). Если говорить о клинической классификации, то учитывая наличие длительных эпизодов апноэ, можно говорить о ДН 4 степени.

Церебральная ишемия 2 степени подтверждается данными НСГ (повышение эхогенности перивентрикулярных областей, снижение индекса резистентности на фоне замедления скорости кровотока).

Малая масса для гестационного возраста выявлена при оценке физического развития по шкал Фентон. Показатели массы находятся ниже 10 центильного интервала, а показатели роста – выше.

2. Патогенез заболевания связан с первичным дефицитом сурфактанта. До 34-35 недели гестации синтезируется сурфактант 1 типа, который менее устойчив, быстрее разрушается. В результате часть альвеол спадается с формированием первичных ателектазов. При нарастании гипоксии повышается проницаемость сосудов и альвеолярной стенки, повышается давление в малом круге кровообращения, в результате

чего начинается отек интерстициальной ткани легких и пропотевание фибрина на внутреннюю поверхность альвеол.

3. Дифференциальная диагностика проводится в первую очередь с врожденной пневмонией и транзиторным тахипноэ. Кроме того, до проведения ЭХО-КГ необходимо было думать о врожденном пороке сердца.
4. Оценка по шкале Даунса 6 баллов (тахипноэ-2, западение уступчивых мест грудной клетки – 2, цианоз – 1, экспираторные шумы – 1, аускультативная картина - 1).
5. Клинический анализ крови и мочи без патологических изменений. КОС – субкомпенсированный смешанный ацидоз.
6. Цефотаксим: дозировка для новорожденных 50-100 мг/кг сутки. Недоношенным 50 мг/кг в сутки в два введения внутривенно. Форма выпуска – порошок для приготовления инъекций 500 мг: флакон 1 шт. Содержимое флакона разводят в 10 мл воды для инъекций, физ.раствора.
7. В данном случае кормление ребенка через зонд, не реже 8 раз в сутки. Потребности в белке -4 г/кг, жирах 6,5 г/кг, углеводы 10-14, ккал 100-140 ккал/кг.
8. Прогноз заболевания неоднозначный, так как возможно развитие большого количества осложнений, присоединение бактериальной флоры с развитием пневмонии, развитие синдрома утечки воздуха, внутричерепных кровоизлияний, шоковых состояний, ССН и т.д.
Ps. При выработке тактики лечения данного ребенка необходимо помнить, что сурфактант в род.зале не вводился, а ребенок потребовал перевода на ИВЛ (см.данные осмотра в 12 часов), поэтому необходимо решать вопрос о введении сурфактанта.