

# Респираторлы дистресс синдромы



Орындаған: Кушер Е.К.

537 топ

Қабылдаған: Макибаева М Г

# ЖОСПАР:

*I. Кіріспе*

*II. Негізгі бөлім*

❖ *1. Респираторлық дистресс синдромына жалпы түсінік*

❖ *2. Клиникалық көріністері*

❖ *3. Емі, диагностикасы*

*IV. Қолданылған әдебиеттер тізімі*

# Респираторлық дистресс синдром (РДС)

**Респираторлық дистресс синдром (РДС) –** туылғаннан кейінгі аздаған уақыт аралығында дамидын және қиындығы өмірінің алғашқы бірінші-екінші күндері өсетін тыныс алудың жетіспеушілігі жағдайы. РДС-тің дамуы сурфактант жетіспеушілігімен және өкпенің құрылымдық дамымағандығымен түсіндіріліп, мерзімінен бұрын туылған нәрестелерде ғана емес, барлығында байқала береді



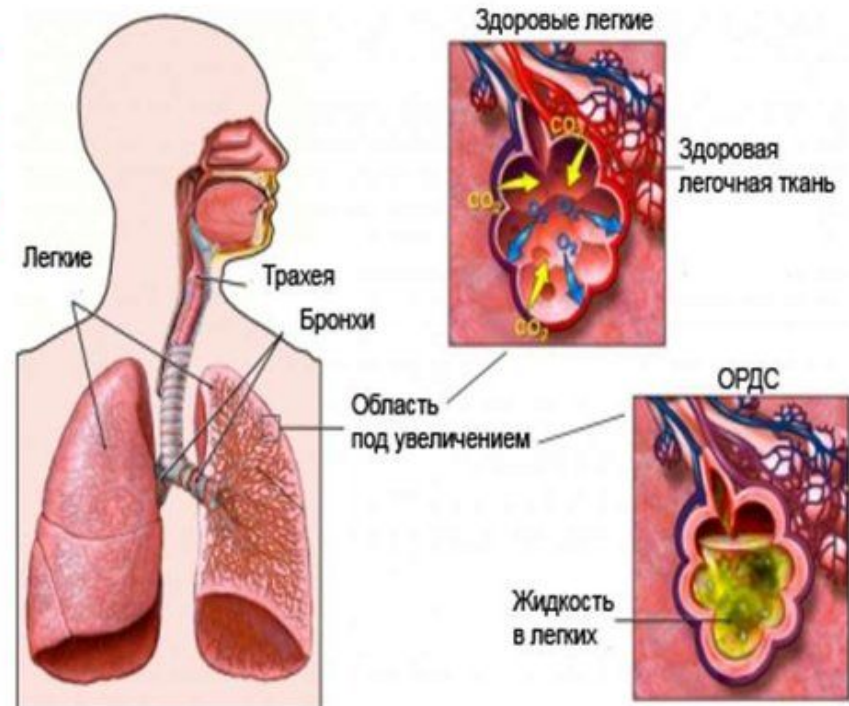
Негізгі бөлімі:

# РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЫ

- гипоксемия, интерстициональді және альвеоларлы ісінумен сипатталатын, өкпенің жедел зақымдануы нәтижесінде болатын тыныс алу жеткіліксіздігі.

**РЕСПИРАТОРЛЫ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ, ГИАЛИНДІ МЕМБРАНА АУРУЫ ЖӘНЕ ТЫНЫС АЛУ БҰЗЫЛЫСЫ СИНДРОМЫ БОЛЫП КЕЛЕДІ.**

**ДИСТРЕСС-СИНДРОМ ЖӘНЕ АЛУ БҰЗЫЛЫСЫ СИНОНИМДЕР**



# **Балаларда дистресс- синдромы**

- *Тынысалудың ауыр бұзылыстарымен жүретін, өкпелердің дұрыс жетілмеуімен және біріншілік сурфактанттың жетіспеушілігімен жүреді. Көбіне бұл шала туған балаларда байқалады. Шу дауысты көгершіндердің гүрілі, мысықтың пырылдағаны сияқты естіледі.*



- Балаларда тынысалудың дистресс-синдромы.
- Өкпенің кұрлымды-функциональды дамуының бұзылысы — Сурфактанттың жетіспеушілігі → альвеола мен капилярлардың өткізгіштігінің жоғарлауы — Қылтамырларда қанның іркілуі альвеолалардың кішірейуі — өкпенің гиповентеляциясы — гипоксия гиперкапния ацидоз жүрек-қантамыр жүйесінің бұзылысы екіншілік өкпелік гипертензия



- *Сурфактант липопротеитті беткейлі активті затқа жатады бактероцитті әсері бар*
- *Альвеолоцит ұрықта 20-24 аптада сурфактантты өндіріп шығара бастайды.*
- *Сурфактантты синтездейтін фосфолипидті комплекстің екі жолы бар.*
- *Бірінші метилтрансферазаның қатысуымен ол жатырышілік дамудың 20-24 аптасынан 33-35 апта арасында.*
- *Ол гипоксия, ацидоз, гипотермия әсерінен тез жойылады.*
- *35-аптада сурфактанттың қоры тынысалудың басталуын және өкпенің функциональды қалдық көлемі төмендейді*



- *Тынысалудың дистресс-синдромының кездесу жиілігі балалардың дамуына байланысты, кемістікпен туылған балаларда 60%, жүктіліктің 28 аптасында туылғандарда 15-20% , 37 аптасында 5%.*



```
graph TD; A[Этиологиясы] --> B["-тыныс алу реттелулердің бұзылыстарынан;"]; A --> C["кеуде қуысы қозғалыстарының бұзылыстарынан;"]; A --> D["тыныс алу жолдарының бұзылыстарынан; -өкпе тінінің дерттік өзгерістерінен."];
```

# Этиологиясы

*-тыныс алу реттелулердің бұзылыстарынан;*

*-тыныс алу бұлышықеттеріне жүйкелік серпіндер тарауының бұзылыстарынан немесе тыныстық бұлышықеттерінің өздерінің бүліністерінен;*

*кеуде қуысы қозғалыстарының бұзылыстарынан;*

*тыныс алу жолдарының бұзылыстарынан; -өкпе тінінің дерттік өзгерістерінен.*



## Этиологиясы

Сурфактанттың  
дефициті.

Сурфактанттың  
сапалық  
дефекті.

Өкпе  
тінінің дұрыс  
дамымауы.





# Патогенез

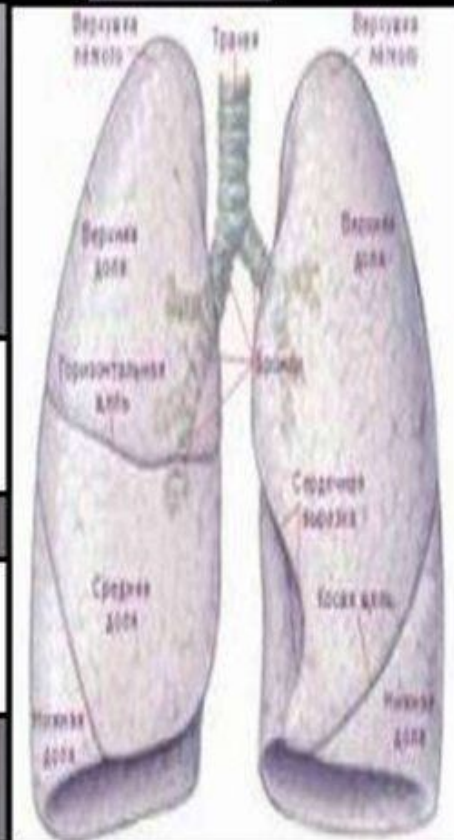
Асқазан құрамының  
аспирациясы;  
Тұншығу кезіндегі су  
аспирациясы; Токсика  
лық газдар мен  
иррингтер  
ингаляциясы;  
Наркотикалық заттар  
дозировкасы жоғары

Альвеолярлы-  
капиллярлы  
мембрананың  
тікелей  
зақымдалуы

Альвеолярлы-  
капиллярлы  
мембрананың  
жанама  
зақымдалуы

Сепсис;  
Өкпелердің инфекциялық  
зақымдалуы;  
Жүйелік аутоиммунды  
аурулар;  
Геморрагиялық  
панкреатит;  
Өкпе артериясының  
эмболиясы

Капиллярлар өткізгіштігінің  
жоғарылауы



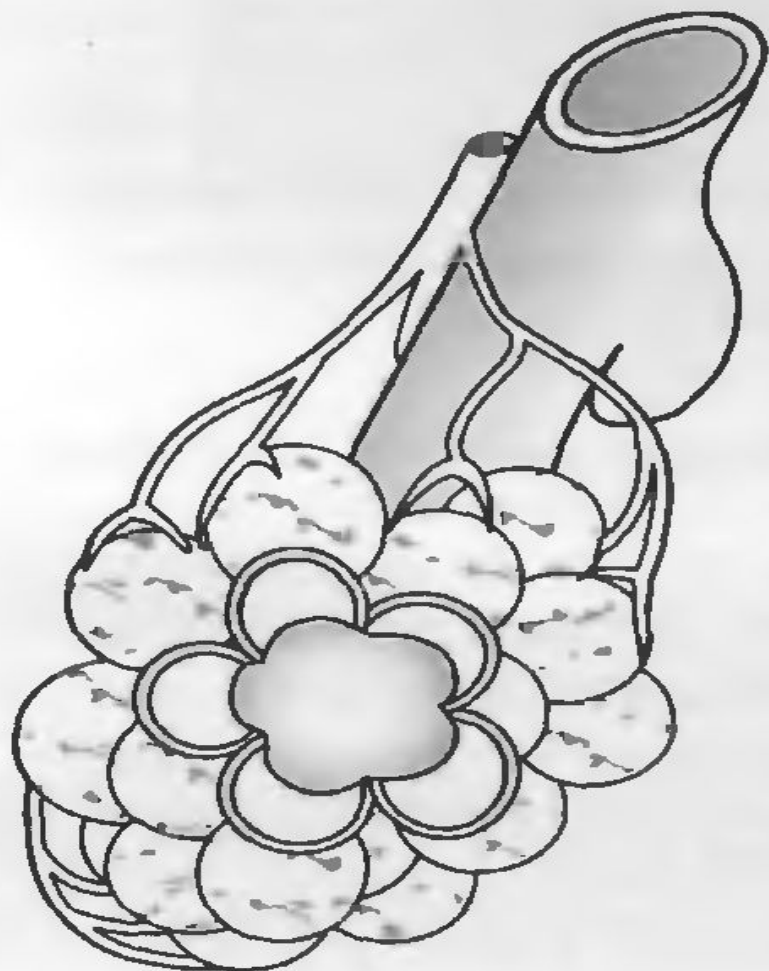
Сурфактант көлемінің  
азаяуы

Өкпенің интерстициальді  
және альвеолярлы ісінуі

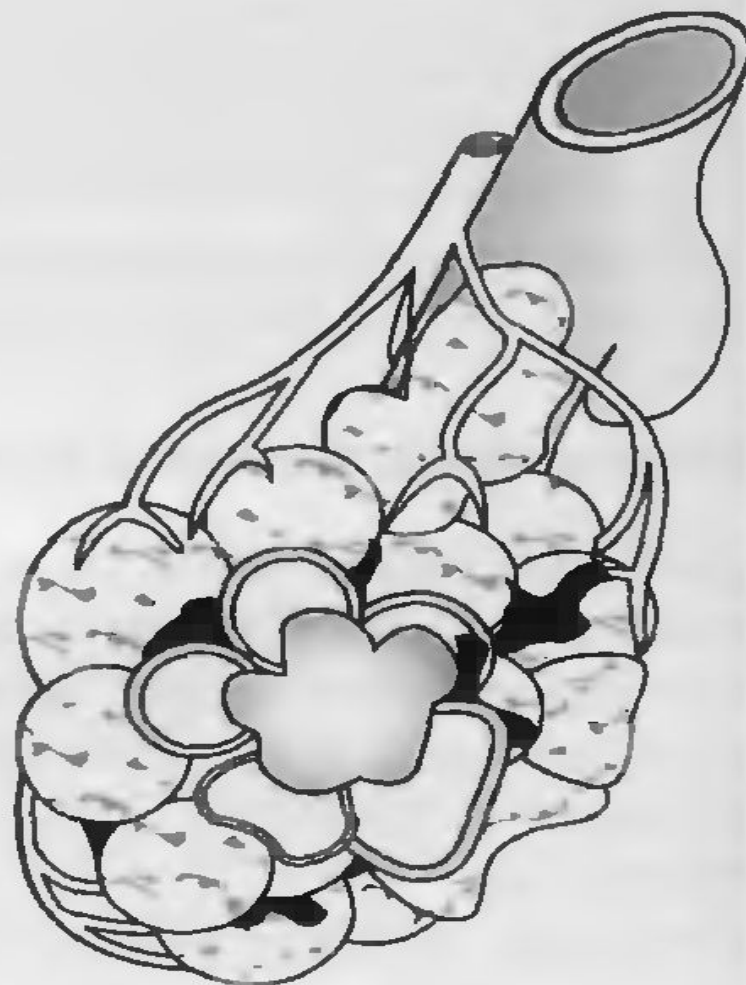
Өкпенің диффузионды  
қызметінің төмендеуі

Жедел тыныс жетіспеушілігі





Нормальное легкое

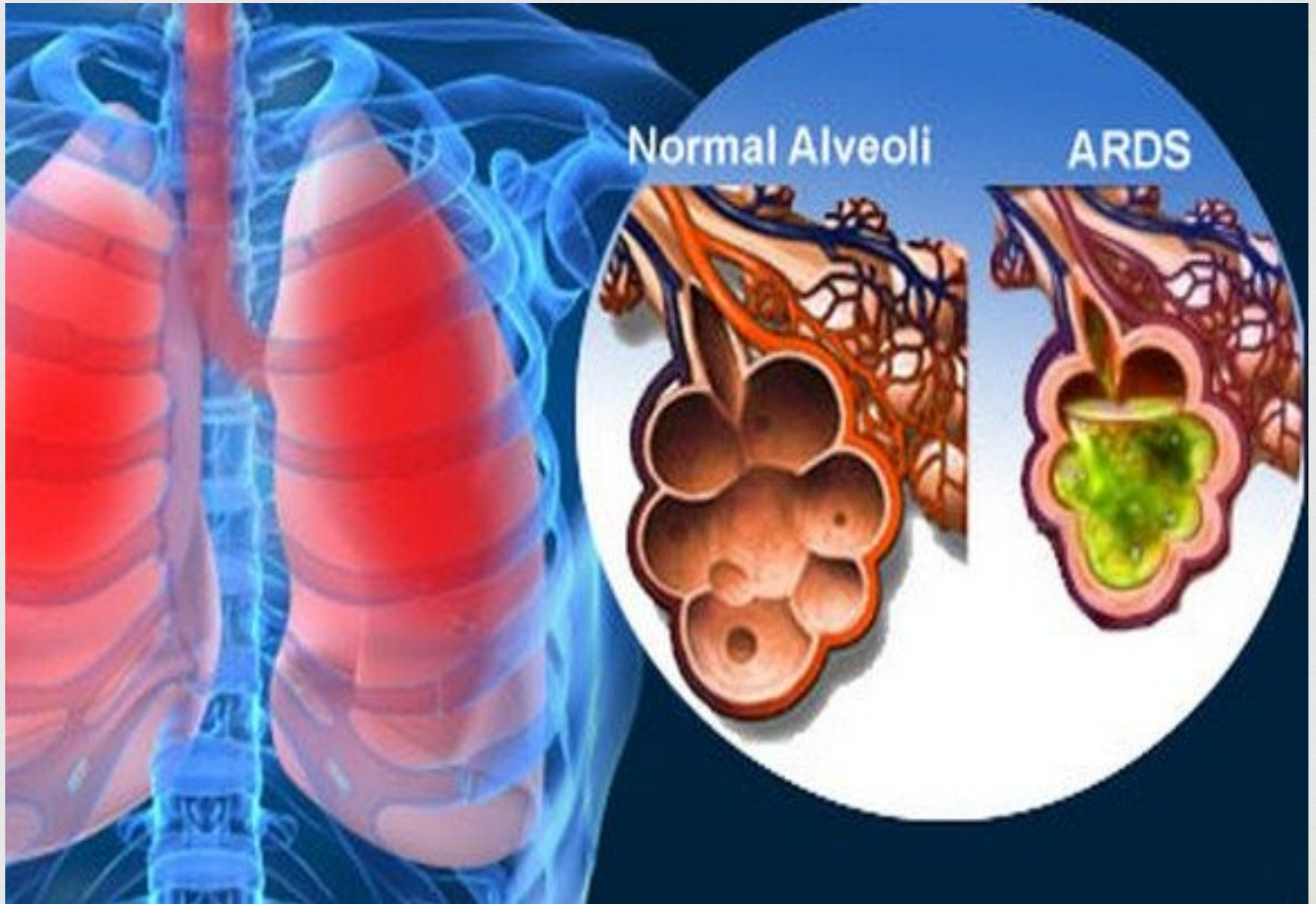


Дефицит сурфактанта

**Рис. 4.1.** Неравномерно расправившееся легкое со спавшимися альвеолами при дефиците сурфактанта



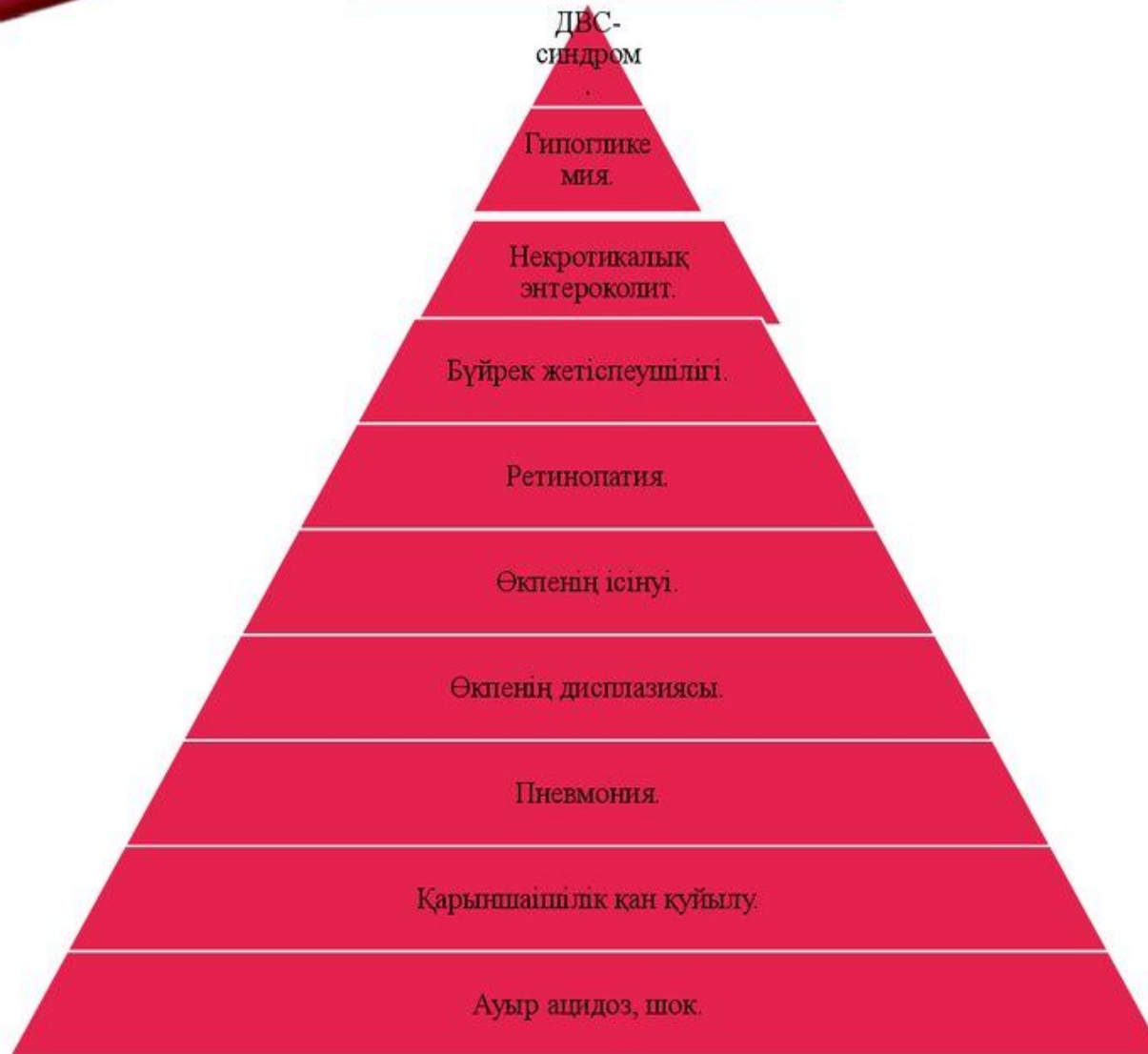




Normal Alveoli

ARDS

# Асқынулары





# *Клиникалық көрінісі*

*1. Гипотония, айқын тахикардия, жүрекиелердің фибрилляциялары, жүрекиелердің тахикардиясы.*

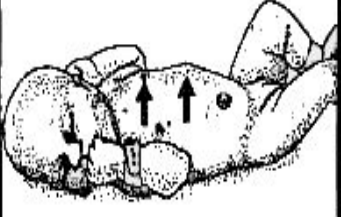





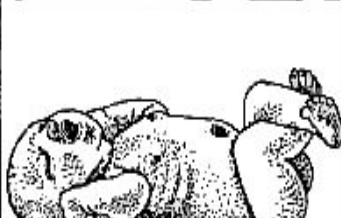







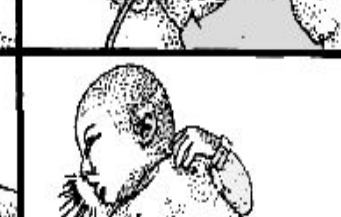
*2. Гипербилирубинемия, гиперферментемия, гипоальбунемия, гипохолестеринемия,*

*3. ДВС – синдромы лейкопения, тромбоцитопения.*

*4. Олигоурия, креатинин мен мочевинаның көтерілуі.*

*5. Асқазан-ішек жолдарынан қан кету*

*6. Сананың бұзылуы, кома.*

	движение верхней части грудной клетки	втяжение межреберных промежутков	втяжение мечевидного отростка	движение подбородка	наличие шума на выдохе
стадия 0					
стадия 1					
стадия 2					



# Дифференциалды диагноз

---

- Нәрестелердегі транзиторлы тахипноэ
- Сепсис
- пневмония



**Жіті респираторлы дистресс – синдромы (ЖРДС) көптеген себептерден пайда болатын жіті тыныс жеткіліксіздігінің жалпы түрі. Бұл кезде тыныс алу бұзылады, тахипное, гипоксемия, цианоз дамиды, өкпе тінінің серпімділігі азаяды, екі өкпеде бірдей лейкоциттердің жайылған сіңбеленуі болып, өкпе ұяшықтары сұйыққа толады. Бұндай ісіну жүрек қызметінің бұзылысына байланысты болмай дамиды және ауыр гипоксемия дамуына әкеледі. ЖРДС ӨКПЕНІҢ БҰРЫНҒЫ ДАМУЫҒАН АУРУЛАРЫНЫҢ АСҚЫНУЫ НЕГІЗІНДЕ ПАЙДА БОЛАДЫ ЖӘНЕ САТЫЛЫ ТҮРДЕ ӨТЕДІ.**





Тексеру әдістері

1. Жалпы қан  
анализі  
2. Жалпы  
зәр анализі

3. Өкпе  
рентгенологиясы.

5. Бронхография

4. Сыртқы тыныс  
зерттеу

6. ЭКГ

# Диагностикалық критерийлер



## А. Зертханалық көрсеткіштер

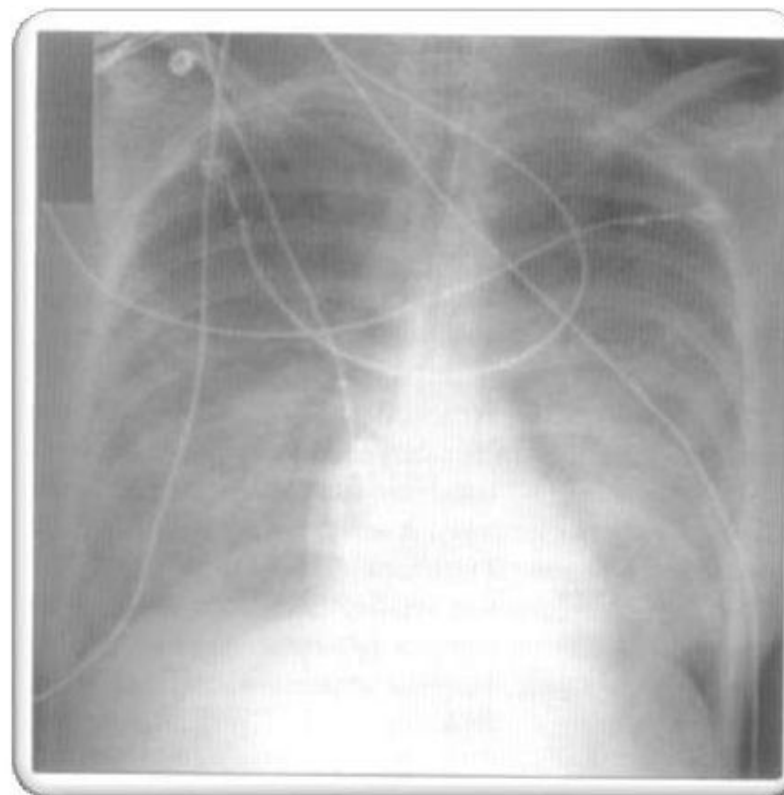
- Қан құрамындағы газдар: РаО<sub>2</sub> деңгейі сынап бағанасынан 50 мм төмен (6,6 кПа-дан аз).
- ТБИ жоқ екендігін тексеру үшін қанның бакөсіні, СРА, ЖҚТ (пневмония, сепсис).

**Б. ЭхоКГ:** ТЖА алдын-алу үшін, ААТ тексеру, өкпелік гипертензия мен қанның бірігуінің бағытын анықтау.



# РЕНТГЕНОГРАФИЯСЫ МЕН КОМПЬЮТЕРЛІ ТОМОГРАФИЯСЫ

- **Респираторлы дистресс синдромының рентгенологиялық көрінісіне «жылтырамайтын әйнек» және жоғары тығыздықты диффузды мультифокальды инфильтраттар (консалидация) анық көрінетін ауалы бронхограмдар, яғни өкпе паренхимасының кең көлемді зақымдануының белгісі.**



# Емдеу тәсілі

□ . *Нәрестенің сәйкес тұрақтылығын ұстап тұру үшін қажетті шарттар:*

РДС асқынғандағы қауіп топтарындағы нәрестелерді босандыруда, аз және өте аз салмақта туылған нәрестелерді реанимациялауға қазіргі заманауи білімдер мен біліктілігі жоғары дайындалған қызметкерлер шақырылады.

- Босану бөлмесіндегі оптимальды ауа температурасын (25-26°C) сақтап тұру үшін қосымша жылытқыш құралдарын, жылу шығару көздерін, ашық жансақтау жүйелерді пайдаланса болады. Қызып кетпеуді болдырмау үшін 10 минут ішінде сервобақылау жүргізіп тұру керек.

- Газды жылыту және ылғалдау жағдайын бірқалыптандыру үшін, нормотермияны сақтау үшін қолданылуы мүмкін.

- 28 аптадан кіші гестациялық жастағы нәрестелердегі гипотермияны алдын-алу үшін туылғаннан соң, жылытқыш (А) қосумен қатар бірден пластикалық қапшыққа немесе окклюзионды жөргекке орналастыру керек.

- Тыныс алу көлемінің көтерілуі немесе түсіп кетуінің бақыланбауы, мерзімінен бұрын туылған нәрестенің әлі дамымаған өкпесі үшін қауіпті екені дәлелденген. Сондықтан да қалыптасқан өздігінен жиырылатын қапшықты Т-тәрізді коннекторлы жансақтау жүйсіне алмастыру керек, ауа шығару кезіндегі тройник қондырғысы жабылғандағы үнемі берілетін оң қысымның шыңмен өлшенетін тыныс жолдарындағы бақылауды қамтамасыз етеді.



# Б.Туылғаннан кейінгі нәрестенің жағдайын тұрақтандыру

- Туылғаннан кейін оң қолының білегіне пульсоксиметрді ЖЖЖ және сатурация көрсеткіштері туралы мәліметтерді алу үшін бекіту керек (B).
  -
- Шала туған нәрестелердің бала жолдас-ұрықты трансфузиясына көмектесу үшін кіндігін қысуды 60 секундқа қоя тұрып, анасынан төменірек қалпында қалдыру керек.
  -
- СРАР-ты тыныс жолдарындағы қысымды маска немесе ішкі канюлялар (A) арқылы 6 см H<sub>2</sub>O кем қылмай, 30 аптаға дейін туылған гестационды жастағы нәрестелер мен барлық РДС дамуы қауіпі бар нәрестелерге қолдануды туғаннан бастау керек.
  -
- Оттегі тек оттегі-ауа араластырғыш арқылы ғана берілуі керек. Қалыпты күйге келтіруде оттегі шоғырлануы 21-30%, ал шоғырын көбейту мен азайту пульсоксиметрдің ЖЖЖ мен сатурациясы көрсеткішінің негізінде іске асады.
  -
- Қалыпты сатурация мерзімінен бұрын туылған нәресте үшін 40-60% құрайды, 5 минутта 80%-ға дейін көтеріледі және 10 минутта 85% және одан да жоғарылау керек. Қалыпты жағдайға келтіру кезінде гипероксиядан аулақ болу керек (B).
  -
- Интубацияны инвазивті емес желдеткішке (СРАР) әсер етпеген жаңа туылған нәрестелерге жүргізіледі (A). Барлық интубация жасалған нәрестелерге қосымша сурфактантпен терапия тағайындалған (A).
  -
- урфактантты енгізгеннен кейін тез арада (немесе ерте) извазивті желдеткішке (СРАР немесе іштей желдеткіш NIPPV - аралық оң қысыммен) ауысатын экстубация (INSURE: IN- интубация -SUR- сурфактант-Е-экстубация әдісі) туралы шешім қабылдау қажет, бірақ нәрестенің басқа да жүйелерінің тұрақтылығын ескеру керек (B). Үзік оң қысымды (NIPPV) іштей желдеткішті СРАР көмектеспеген сәтсіз экстубациядан кейінгі қауіпті төмендету құралы ретінде қарауға болады, бірақ мұндай тәсіл аса мағыналы ұзақ уақытты артықшылықтармен ерекшеленбейді.

# . Сурфактантты терапия

---

- Барлық РДС бар немесе оның дамуының қаупі бар нәрестелерге табиғи сурфактанттарды енгізуге кеңес беріледі (А).
  -
- Терапиялық мақсатпен өмірін сақтау үшін сурфактанты ерте егу тактикасы стандартты болу керек және барлық РДС-пен туылған нәрестелерге аурудың ерте пайда болған шағында егілу керек.
  -
- Сурфактантты босану бөлмесінде, анасы антенатальды стероидтер қабылдамағанда немесе нәрестенің қалыпты жағдайда болуына интубацияның қажеттілігі туындағанда, сонымен қатар 26 аптадан аз гестационды жаста туылған нәрестелерде  $FiO_2 > 0,30$  болғанда, ал 26 аптадан көп гестационды жаста туылған нәрестелерде  $FiO_2 > 0,40$  (В) болғанда енгізу керек.
  -
- РДС емдеуде сурфактанттың 100 мг/ кг препаратын енгізгенше, порактант альфаның бастапқы мөлшері 200 мг/ кг (А).
  -
- Үнемі оттегіге пен механикалық желдеткішке қажеттілігі сияқты РДС белгілері сақталып тұрса, екінші кейде үшінші сурфактант мөлшері егіледі (А).



# Нәрестенің жағдайы тұрақталғаннан кейін қосымша оксигенотерапия



- • Бастапқы тұрақтандырудан кейін мерзімінен бұрын туылған нәрестелерге оксигенотерапия жүргізгенде, оттегімен сатурациялау деңгейі 90-95% аралығында болуы керек (B).
- •
- Гипероксиялық шыңның алдын-алу үшін сурфактант енгізу кезінде берілетін оттегі ( $FiO_2$ ) шоғырлануын тез арада түсіру керек (C).
- Постнатальды кезеңде сатурацияның ауытқымауын қадағалау керек (C).

# ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. А.П.ЗИЛЬБЕР ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОСКВА 1989Г
2. МАЙКЛ А. ГРИППИ ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ЛЕГКИХ
3. “ПАТОФИЗИОЛОГИЯ”  
Ә.НҰРМҰХАМБЕТҰЛЫ А., 2011Ж
4. ҒАЛАМТОР ЖЕЛІЛЕРІ