Транзиторное тахипноэ новорожденного

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P22.1 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов», Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ)

Транзиторное тахипноэ новорожденного — преходящее паренхиматозное заболевание легких из-за задержки резорбции фетальной жидкости. Рекомендация касается диагностики дыхательных нарушений в первые сутки жизни, исключения инфекций и других причин, а также респираторной тактики.

Главное

- Диагноз ТТН ставят при сочетании: дыхательные нарушения с дебютом в первые 24 часа жизни, рентгенологические признаки ТТН и отсутствие данных за другую причину дыхательной недостаточности.
- Типичный дебют — в первые 2 часа жизни у доношенных и поздних недоношенных; симптомы чаще проходят за 12–24 часа, но могут сохраняться до 72 часов.
- Факторы риска: сахарный диабет, бронхиальная астма или ожирение у матери; артериальная гипертензия во время беременности, отсутствие антенатальной стероидной профилактики, преждевременные роды, кесарево сечение; мужской пол.
- При подозрении на ТТН нужен осмотр с подсчетом ЧД, оценкой ЧСС, аускультацией, шкалой Сильвермана–Андерсен и поиском признаков инфекционного токсикоза. УУР С, УДД 4.
- Стартовая респираторная поддержка при ТТН — неинвазивная ИВЛ, преимущественно назальный CPAP; рутинное применение оксигенотерапии с целью лечения дыхательной недостаточности не рекомендуется. УУР С, УДД 4.
- Лекарственная терапия при ТТН не применяется.
- Хирургическое лечение при ТТН не применяется.

Диагностика

1. Заподозрить ТТН у новорожденного с тахипноэ, раздуванием крыльев носа, втяжениями, стонущим дыханием, цианозом или снижением SpO2, особенно при дебюте в первые часы жизни.
2. Провести визуальный терапевтический осмотр: ЧД, ЧСС, аускультация, шкала Сильвермана–Андерсен, признаки инфекционного токсикоза. УУР С, УДД 4.
3. Выполнить общий анализ крови с лейкоформулой и нейтрофильным индексом для исключения воспаления и сопутствующих нарушений; оценить лейкоцитоз/лейкопению, нейтрофилез/нейтропению, сдвиг в юные формы, НИ > 0,2, тромбоцитопению, гемоглобин и гематокрит. УУР В, УДД 3.
4. Определить С-реактивный белок для исключения системного воспаления; при неясном диагнозе ОАК и СРБ целесообразно повторить через 24–48 часов. УУР А, УДД 1.
5. При подозрении на инфекцию взять кровь на стерильность и на дрожжевые грибы. УУР С, УДД 4.
6. Оценить КОС и газы крови, лактат и глюкозу; повторять КОС и газы крови по клиническому состоянию и проводимой респираторной терапии. УУР С, УДД 4.
7. Провести инструментальную диагностику: рентгенографию легких с оценкой признаков ТТН и для дифференциальной диагностики. При наличии подготовленного специалиста УЗИ легких может быть альтернативой; критерий ТТН — сочетание «двойной точки легкого» и В-линий. Рентген: УУР С, УДД 5; УЗИ: УУР В, УДД 1.

Лечение

- Основной метод лечения дыхательной недостаточности при ТТН — неинвазивная респираторная поддержка; предпочтительный старт — назальный CPAP. УУР С, УДД 4.
- NIPPV при ТТН не показала преимуществ перед NCPAP по длительности респираторной терапии, тахипноэ или госпитализации.

- Высокопоточные назальные канюли можно применять селективно; оптимальный поток подогретой увлажненной смеси — 4–6 л/мин, наружный диаметр канюль — не более 1/2–3/4 диаметра носовых ходов.
- Позднего недоношенного или доношенного ребенка с минимальными нарушениями дыхания по Сильверману–Андерсен < 3 баллов и без потребности в кислороде можно наблюдать до 2 часов при нормотермии и мониторинге; если регресса нет или возникает потребность в дополнительной оксигенации — незамедлительно начать респираторную терапию.
- Эскалация поддержки нужна при нарастании дыхательных нарушений ≥ 3 баллов и ЧД в динамике, а также при FiO2 ≥ 0,3 для поддержания SpO2 91–95%.
- Интубация и ИВЛ показаны при тахипноэ > 90–100/мин, тяжелом апноэ, pH < 7,2 и/или PCO2 > 65 мм рт. ст., генерализованных судорогах, шоке, напряженном пневмотораксе. УУР С, УДД 4.
- Не ограничивать жидкость рутинно для лечения ТТН. Физиологический объем в первые сутки: 40–60 мл/кг/сут, у недоношенных — 60–80 мл/кг/сут. УУР В, УДД 2.
- Обеспечить термонейтральную среду, контроль температуры, лечебно-охранительный режим, адекватное энтеральное питание с приоритетом материнского молока. Новорожденному с ТТН рекомендуется селективное проведение инфузионной терапии и парентерального питания при необходимости обеспечения жидкостью, электролитами и питательными веществами. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Недоношенных новорожденных с транзиторным тахипноэ лечат в стационаре.
- При необходимости респираторной терапии ребенка переводят в ОРИТН или палату интенсивной терапии.
- Новорожденным с дыхательными нарушениями и подозрением на ТТН, особенно при респираторной терапии, проводят суточное прикроватное мониторирование SpO2, ЧСС, АД, ЧД, температуры и диуреза. УУР С, УДД 5.
- Выписка возможна при стабильном удовлетворительном состоянии, стабилизации лабораторных показателей и отсутствии других противопоказаний.

Частые вопросы

Какие критерии нужны для диагноза ТТН?

Нужны дыхательные нарушения с дебютом в первые 24 часа, рентгенологические признаки ТТН и отсутствие данных за другие причины: врожденную пневмонию или сепсис, РДС, утечку воздуха, аспирацию мекония, пороки легких и диафрагмы.

Чем ТТН проявляется у новорожденного?

Обычно в первые 2 часа жизни появляются тахипноэ, раздувание крыльев носа, втяжения, стонущее дыхание, цианоз и снижение SpO2. Возможны увеличенный передне-задний размер грудной клетки, ослабленное дыхание и влажные хрипы.

Какие рентгенологические признаки характерны для ТТН?

Описаны нормальный или увеличенный объем грудной клетки, гипераэрация, плоская диафрагма, расширение корней, диффузное снижение прозрачности легких, усиленный сосудистый рисунок с перихилярным паттерном, подчеркнутые междолевые щели и умеренная кардиомегалия.

Когда при ТТН переходить к интубации и ИВЛ?

Абсолютные показания: ЧД > 90–100/мин, тяжелое апноэ, pH < 7,2 и/или PCO2 > 65 мм рт. ст., генерализованные судороги, шок, напряженный пневмоторакс. Неэффективность неинвазивной поддержки также предполагает ИВЛ.

Нужны ли антибиотики, диуретики или другие лекарства при ТТН?

Лекарственная терапия при ТТН не применяется. Инфекцию при необходимости исключают лабораторно и микробиологически, но специфических препаратов для лечения самого ТТН в рекомендации нет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/951-tranzitornoe-tahipnoe-novorozhdennogo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/951_1