

Асфиксия

- удушье, остро протекающий процесс, возникающий в связи с нарушением газового обмена новорожденного, сопровождающим недостатком кислорода в крови и тканях и накоплением углекислого газа в организме



Виды асфиксии

- Дислокационная
- Обтурационная
- Странгуляционная
- Компрессионная
- Аспирационная

Типы асфиксии

- Первичная (возникает в момент рождения);
- Вторичная (развивается в первые сутки жизни младенца).



Этиология

- В результате сдавления пуповиной
- Тугого обвития ею шеи ребенка
- Аспирация околоплодных вод, мекония, крови
- Фармакологические препараты вводимые матери (гексенал, тиопентал натрия, барбитураты и окситоцин в больших дозах, анестетики)
- Преждевременная отслойка плаценты
- Разрыв матки
- Острая гипоксия матери

- Патологические роды
- Преждевременно отошедшие воды
- Сужение выхода таза
- Родовая травма



Патогенез

- Нерасправившееся легкое
- Некомпресированный метобалический и дыхательный ацидоз
- Угнетение дыхательного центра и невосприимчивость его к высокому уровню P_{CO_2}

Клиника асфиксии новорожденных



Умеренная асфиксия

- Состояние средней тяжести
- Реакция на осмотр и раздражение слабая
- Физиологические рефлексы угнетены
- Кожные покровы цианотичные
- При аускультации сердца выявляют тахикардию, тоны сердца повышенной звучности и приглушены
- Дыхание после затяжного первичного апное ритмичное, с подвздохами, возможно западание межреберий
- Аускультативно над легкими возможно ослабленное дыхание, наличие разнокалиберных влажных хрипов непостоянной локализации и звучности.

Тяжелая первичная асфиксия

- Состояние тяжелое
- Мышечный тонус, спонтанная двигательная активность, реакция на осмотр и болевое раздражение снижены или отсутствуют.
- Физиологические рефлексы новорожденных в первые часы жизни обычно вызвать не удастся
- Цвет кожных покровов цианотично-бледный или бледный
- Тоны сердца приглушены или глухие, возможно появление систолического шума

Диагностика

- Низкая оценка по шкале Апгар на 1 и 5 мин. (меньше 7 баллов)
- Нарушение функции жизненно важных органов — ЦНС, дыхания, сердечно — сосудистой, мочевыделительной, желудочно — кишечного тракта
- Ацидоз пуповинной крови.



Лечение



При легкой и средней степени

- Ребенка укладывают на стол с несколько запрокинутой головой
- Производят аспирацию слизи, жидкости, крови, т.е. восстанавливают проходимость верхних дыхательных путей. Аспирация производится электроотсосом или специальной грушей
- Ингаляция кислорода маской или ИВЛ
- в/в 4% р-р гидрокарбоната натрия (4-8 мл на массу тела ребенка)
- в/в 3мл 10% р-ра глюконата кальция с 10 мл 20% р-ра глюкозы, 1мл 0,3 % р-ра этимизола

- в/в 50 мг кокарбоксилазы и 10мл геможеза и 2-3мл 2,4 % эуфилина
- Санація верхних дыхательных путей
- Определение КОС, коррекция выявленных нарушений
- В случае угнетения дыхательного центра наркотическими веществами применяют аналептики (кордиамин, налорфин, коразал, бемегрид и др.)

При тяжелой степени

- Ребенка укладывают на стол с несколько запрокинутой головой
- Аспирируют слизь, кровь, жидкость из ротоглотки
- Проводят ИВЛ ручным или аппаратным способом чистым кислородом через воздуховод. Если в теч. 1 мин. самостоятельное дыхание не восстанавливается необходимы интубации трахеи, повторная аспирация из интубационной трубки, ИВЛ через интубационную трубку

- Одновременно проводят массаж сердца непрямой или выраженной брадикардии или отсутствии сердечной деятельности. Если в теч. 1 мин сердечная деятельность не восстанавливается, внутрисердечно необходимо ввести 0,2мл адреналина с 1-2мл хлорида кальция
- В эту же иглу другим шприцем вводят 8-10мл 40% р-ра гидрокарбоната натрия. Иглу удаляют и продолжают непрямой массаж сердца.
- Голову ребенка обкладывают пакетами со льдом

- С целью защиты мозга от гипоксии в/в медленно вводят оксибутират натрия
- Вводят в/в лазикс
- После успешной реанимации проводят повторную сонацию трахеобронхиального дерева, определение КОС, содержание калия и натрия в плазме и эритроцитах



Сестринский уход



- Помочь родителям восполнить дефицит знаний о факторах риска развития асфиксии, особенностях течения, возможном прогнозе.



- Создать комфортные условия для ребенка в палате интенсивной терапии (по возможности, перевести его в отдельный стерильный бокс), поддерживать оптимальный температурный режим, предупреждать его переохлаждение и перегревание, создать возвышенное головное положение в кроватке, использовать теплое стерильное белье, соблюдать асептику и антисептику с целью профилактики внутрибольничной инфекции.



- Обращаться с ребенком с большой осторожностью, как можно меньше тревожить, все процедуры выполнять бережно, по возможности, не вынимая из кроватки.





- Проводить мониторинг состояния ребенка и медицинское документирование сестринского процесса: регистрировать характер дыхания, ЧСС, АД, ЧДД, цвет кожных покровов, отмечать наличие рефлексов, судорог, срыгивания, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов.

- Осуществлять специализированный уход за ребенком, постоянно вести учет объема и состава получаемой жидкости, контролировать массу тела, измерять температуру тела каждые 2 часа, проводить смену положений ребенка для профилактики застойных явлений, туалет кожных покровов и видимых слизистых, проводить оксигенотерапию.
- 6. Своевременно проводить санацию трахеобронхиального дерева для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.

Спасибо за внимание

