

Асфиксия новорожденных



Пла н

- 1. Факторы риска первичной асфиксии.**
- 2. Начальные реанимационные мероприятия, диагностика состояния асфиксии, неотложная доврачебная помощь, профилактика.**
- 3. Причины вторичной асфиксии новорожденных, диагностика, неотложная доврачебная помощь, профилактика.**
- 4. Уход за недоношенными и новорожденными детьми, находящимися на аппарате искусственной вентиляции легких.**

Асфиксия новорождённых

Ежегодно в мире умирает более 5 млн новорожденных, и в 19% случаев причиной смерти является асфиксия. Эксперты полагают, что более 1 млн. смертей новорожденных во всем мире можно было бы предотвратить, если бы на местах совершенствовалась техника первичной помощи новорожденным сразу после рождения.



Асфиксия

новорождённых

-клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребёнка, в основе которого лежит недостаток кислорода в крови (гипоксемия) и тканях (гипоксия) ребенка с одновременным накоплением в них углекислого газа (гиперкапния)



Асфиксия

новорождённых

-удушье — неспособность дышать при наличии других признаков живорождения

Кроме нарушения дыхания отмечается угнетение безусловной нервно-рефлекторной деятельности и острая сердечно - сосудистая недостаточность



Классификация по МКБ:

Тяжёлая асфиксия при рождении.

Средняя и умеренная асфиксия при рождении.

**Неуточнённая асфиксия при рождении
(аноксия БДУ, асфиксия БДУ, гипоксия БДУ)**

Асфиксия может развиваться:

- во время внутриутробного периода
(антенатальная)**
- во время родов (интранатальная)**
- в послеродовом периоде (перинанатальная)**

В основе внутриутробной асфиксии лежит расстройство кровообращения, а в основе асфиксии новорожденного - расстройства дыхания , которые нередко являются следствием расстройств а внутриутробного кровообращения.

Асфиксия новорожденного первичная - родившийся младенец после перевязки пуповины самостоятельно не дышит.

Асфиксия новорожденного вторичная – возникает в последующие часы и дни жизни новорожденного.

Этиология асфиксии

- **Нарушение пуповинного кровотока**
- **Нарушение плацентарного газообмена**
- **Недостаточная гемоперфузия материнской части плаценты**
- **Нарушение оксигенации крови матери**
- **Нарушение ранней неонатальной адаптации с неспособностью осуществить успешный переход от плодного к постнатальному кровообращению**

Аntenатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных

- сахарный диабет;
- гестоз (преэклампсия);
- гипертензивные синдромы;
- резус-сенсбилизация;
- мертворождения в анамнезе;
- клинические признаки инфекции у матери;
- кровотечение во II или III триместрах беременности;
- многоводие;
- маловодие;
- многоплодная беременность;
- задержка внутриутробного роста плода;
- употребление матерью наркотиков и алкоголя;
- применение матерью лекарственных препаратов, угнетающих дыхание новорожденного;
- наличие аномалий развития, выявленных при антенатальной диагностике.

Интранатальные факторы риска развития асфиксии новорожденных

- преждевременные роды (срок менее 37 недель);
- запоздалые роды (срок более 42 недель);
- операция кесарева сечения;
- отслойка плаценты;
- предлежание плаценты;
- выпадение петель пуповины;
- патологическое положение плода;
- применение общего обезболивания;
- аномалии родовой деятельности;
- наличие мекония в околоплодных водах;
- нарушение ритма сердца плода;
- инструментальные роды (акушерские щипцы, вакуум-экстракция).

Основные клинические симптомы

Асфиксия легкой степени: общее состояние средней тяжести, отмечается умеренный цианоз кожных покровов новорожденного, мышечный тонус и рефлексы сохранены, брадипноэ, брадикардия.

Асфиксии средней тяжести (синяя): общее состояние новорожденного тяжелое, кожные покровы резко цианотичной окраски, мышечный тонус снижен, рефлексы угнетены, дыхание аритмичное с повторными остановками, брадипное, тоны сердца глухие, брадикардия, крик короткий, мало эмоциональный.

Основные клинические симптомы асфиксии

Асфиксия тяжелой степени (белая): общее состояние новорожденного крайне тяжелое, кожные покровы резко бледной окраски с восковидным оттенком, мышечный тонус и рефлексы резко ослаблены или полностью исчезают, дыхание отсутствует, тоны сердца глухие, аритмичные, брадикардия до 60 в минуту, пуповина не пульсирует.

Оценка состояния новорожденного при рождении

*используется **шкала Апгар***

*Оценка проводится по наиболее важным
клиническим признакам:*

- 1. Окраска кожи.**
- 2. Мышечный тонус.**
- 3. Дыхание.**
- 4. Сердцебиение.**
- 5. Рефлекторная возбудимость.**

*Состояние ребенка по шкале Апгар оценивается
через 1 минуту после рождения, повторно - через 5
минут*

Шкала Апгар

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Окраска кожи	Бледная или резко цианотичная	Розовая, акроцианоз	Розовая
Мышечный тонус	Отсутствует, конечности свисают	Снижен	Нормальный тонус, активные движения
Дыхание	Отсутствует	Брадипноэ, не регулярное	Нормальное дыхание, громкий плач
Сердцебиение, ЧСС	Отсутствует	Брадикардия, менее 100 в мин.	Ритмичное, 100 - 140 в мин.
Рефлекторная возбудимость	Отсутствует	Одиночные, активные движения, гримасы	Активные движения, сильный крик

Оценка состояния новорожденного при рождении

Общая оценка (в баллах):

0 - означает клиническую смерть.

1, 2, 3 - очень тяжелое состояние.

4, 5 - тяжелое состояние.

6, 7 - состояние средней тяжести.

8, 9, 10 - удовлетворительное состояние.

**Для принятия решения о начале
реанимационных мероприятий не следует
ждать одну минуту, а для этого достаточно
оценить основные показатели:**

- 1. Характер дыхания.**
- 2. Частоту сердечных сокращений.**
- 3. Цвет кожных покровов.**

Основные принципы оказания первичной помощи новорожденному при асфиксии в родильном зале

- 1. Начать реанимацию новорожденного при первых признаках асфиксии, с первой минуты жизни, не ожидая полной оценки по шкале Апгар.**
- 2. Придерживаться определенной последовательности оказания первичной помощи новорожденному при асфиксии.**
- 3. Строго соблюдать правила асептики при проведении реанимационных мероприятий.**
- 4. Осуществлять «температурную защиту» новорожденных.**
- 5. Своевременно проводить адекватную инфузионную терапию.**
- 6. Регулярно осуществлять мониторинг жизненно важных функций (клинический, аппаратный).**

Для быстрого и эффективного оказания неотложной помощи следует иметь в виду, что:

- необходимость реанимации новорожденного может возникнуть в любой момент;
- квалифицированный медицинский персонал и оборудование должны постоянно быть наготове.

Процесс подготовки к каждому родам должен включать готовность:

- аппаратуры для восстановления проходимости дыхательных путей (электроотсоса, отсосных катетеров, резинового баллончика, оральных воздухопроводов, эндотрахеальных трубок разных размеров, ларингоскопа);
- стерильного пеленального столика с обогревом;
- аппаратуры для оксигенотерапии;
- аппаратуры для искусственной вентиляции легких;
- набора лекарственных средств, катетеров для пупочной вены, автоматического инфузатора, шприцев;
- монитора для контроля жизнедеятельности, тонометра, секундомера, фонендоскопа.

Выведение из асфиксии требует использования **общепринятых реанимационных принципов**, сформулированных **П. Сафаром (1980)** как **АБС-реанимация**, где :

А - airway - освобождение, поддержание свободной

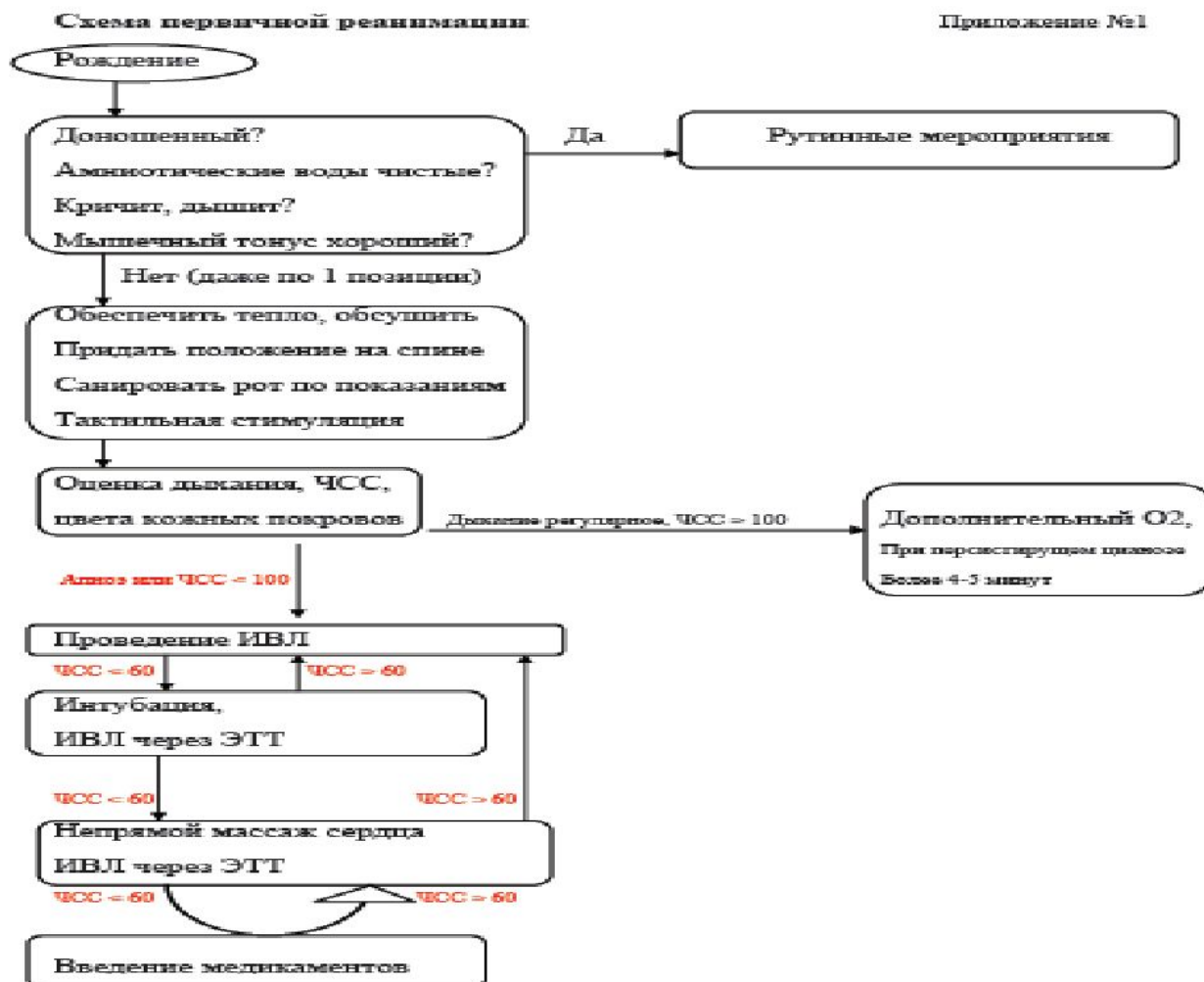
проходимости воздухоносных путей;

В - breath - дыхание, обеспечение вентиляции - искусственной (ИВЛ) или вспомогательной (ВВЛ) ;

С - cordial circulation - восстановление или поддержание сердечной деятельности и гемодинамики.

Методическое письмо МЗ и СР РФ № 15 – 4/10/8 – 3204 от 21.04.2010 г.

«Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»



**Фильм
«Первичная и
реанимационная помощь
новорожденным детям»**

Профилактика

- 1. Охрана репродуктивного здоровья девочки - будущей матери.**
- 2. Планирование беременности.**
- 3. Санация хронических очагов инфекции.**
- 4. Регулярное наблюдение в женской консультации во время беременности.**
- 5. Отказ беременной женщины от вредных привычек.**
- 6. Охрана труда беременной женщины.**
- 7. Своевременная госпитализация беременной при прогнозировании асфиксии.**
- 8. Бережное ведение родов.**

Возможные проблемы ребенка с асфиксией:

- **нарушение дыхания, апноэ, гипоксия;**
- **гипотония мышц;**
- **снижение физиологических рефлексов;**
- **нарушение двигательной активности;**
- **поражение ЦНС и других жизненно важных органов;**
- **высокий риск присоединения госпитальной инфекции;**
- **угроза для жизни.**

Возможные проблемы родителей:

- **тревога за ребенка при получении информации о заболевании;**
- **дефицит знаний о заболевании, трудность осознания и адекватной оценки случившегося;**
- **перевод ребенка для дальнейшего лечения в специализированное отделение;**
- **разлука с ребенком на период госпитализации;**
- **страх за ребенка, неуверенность в благополучном исходе.**

План сестринского ухода

- **Создать комфортные условия для ребенка:**
 - **обеспечить ему температурную защиту, предупреждать его охлаждение и перегревание;**
 - **создать возвышенное положение в кроватке;**
 - **соблюдать асептику и антисептику при уходе и выполнении манипуляций (профилактика ИСМП);**
 - **бережно выполнять все манипуляции, как можно меньше тревожить, обращаться с ним с большой осторожностью.**
- **Осуществлять постоянное мониторирование ребенка, специализированный уход и медицинское документирование сестринского процесса:**
 - **контроль состояния (регистрация характера и частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, цвета кожных покровов, наличие рефлексов),**
 - **учет объема и состава получаемой жидкости (питание, инфузионная терапия),**
 - **контроль массы тела.**

План сестринского ухода (продолжение)

- Дробная термометрия каждые 2 часа.**
- Своевременная санация трахеобронхиального дерева (отсасывание секрета для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей).**
- Оксигенотерапия по показаниям.**
- Проводить ревизию и туалет кожных покровов, слизистых оболочек, пупочной ранки.**
- Взятие материала для лабораторных скрининг-программ.**
- Строго выполнять врачебные назначения.**
- Взаимодействовать в бригаде со специалистами.**

Домашнее задание.

Тульчинская В.Д.

«Сестринское дело в педиатрии»

стр. 21-27