



ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

М.К. Искакова

Павлодарская областная больница, г.Павлодар

Адекватная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) является одной из важнейших проблем в современной анестезиологии новорожденных. Используемые ранее различные классические режимы ИВЛ имели недостатки, которые усложняли работу хирургов и анестезиологов во время оперативного вмешательства, а в послеоперационном периоде из-за предшествующей неудовлетворительной оксигенации и нарушений гемодинамики приводили к развитию тяжелых осложнений в виде пневмоний, нарушений гемостаза. При этом данные осложнения чаще всего и оказывались причиной летальных исходов. Отягощающими факторами являлись незрелость органов и систем, термоллабильность организма новорожденных, а также сопутствующие заболевания (ВПС, неврологические поражения, недоношенность и т.д.).

Оперативное вмешательство новорожденным проводится в срочно-плановом порядке после восстановления витальных функций организма, стабилизации центральной и периферической гемодинамики, газового состава крови, электролитов, восстановления диуреза, нормализации температуры тела и т.д.

Техническое оснащение отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в настоящее время позволяет достигать хороших результатов и использовать современные методы пособий с применением высокотехнологичной дыхательной аппаратуры. Например, наркозно-дыхательного аппарата Primus фирмы Drager для проведения анестезии как новорожденным, так и взрослым с самостоятельным дыханием или самостоятельным дыханием с поддержкой давлением, проведением автоматической и ручной вентиляции легких с использованием ингаляционного наркоза. Аппарат Primus дает возможность выполнения *minimal end low minimal flow* анестезиологического пособия с минимальным расходом анестетика и, тем самым, снизить себестоимость ингаляционной анестезии.

Ниже приводим пример из нашего опыта. Новорожденная А. поступила в ОРИТ ОДБ в первые сутки рождения с диагнозом МВНР: Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем. Уретрогидронефроз справа. Косолапость справа. После родов появилось пенистое отделяемое изо рта, обнаружена атрезия пищевода. Ребенок интубирован эндотрахеальной трубкой №3. Срок гестации 38 недель. Вес 2243,0 г. СДР.

Объективно: одышка 56 в мин. Дыхание жесткое, масса влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС 156 в мин. SaO₂ 94%, pO₂ 86,8 mmHg. В асептических условиях произведена катетеризация пупочной вены. При рентгенографии отмечено выраженной газонаполнение желудка и пневмотизация петель кишечника с высоким стоянием диафрагмы.

После предварительной предоперационной подготовки в течении 12 часов (санация трахеобронхиального дерева, отсасывание слизи и мокроты из рото- и носоглотки, инфузионная, антибактериальная, гемостатическая терапия) произведена операция.

Анестезиологическое пособие: низкоточная ингаляционная анестезия севофлюраном аппаратом Primus в режиме с контролем по объему. Индукция в наркоз 4 об% севофлюраном, минимальная альвеолярная концентрация 0,6%. Основной наркоз: севофлюран + фентанил из расчета 5 мкг/кг. Во время операции инотропная поддержка дофамином в дозе 5 мкг/кг/мин. Медикаментозная поддержка: викасол, дицинон, в/в 5% р-р глюкозы, СЗП, физ.р-ра. В ходе операции проводился мониторинг газового состава крови, кислотно-основного состояния.

В послеоперационном периоде в ОРИТ проводилась ИВЛ аппаратом Галилео в режиме P-SMV с параметрами вентиляции P_{insp} – 16 см в.ст, PEEP – 2 см в.ст, FiO – 50%, ЧДД – 44 в мин. На 5 сутки после введения лечебной дозы сурфактанта ребенок переведен на режим СРАР. Мы используем «Курсурф» в дозе 100-150 мг/кг, ребенок экстубирован, самостоятельное дыхание адекватное.

Обезболивание непрерывным титрованием фентанила в дозе 20-10-5 мкг/кг/мин. Терапия в послеоперационном периоде направлена на устранение интоксикации, гемодинамических нарушений, метаболических расстройств. Антибактериальную терапию проводили антибиотиком резерва тиенам из расчета 45 мг/кг/сут.

Рентгенологически – после перорального введения водорастворимого контраста Омнипак – пищевод свободно проходим. Затеков, карманов, выхода контраста за контуры нет. Начато дозированное кормление.

Резюме: Применение инновационных технологий, современных аппаратов ИВЛ с пациент-триггерной вентиляцией у новорожденных обеспечило стабильное течение наркоза и послеоперационного периода, повысило эффективность лечения, снизило летальность.

Литература:

1. Фомичев М.В. Респираторная поддержка в неонатологии. Екатеринбург, 2002 г.
2. Сатишур О.Е. Механическая вентиляция легких. Москва, 2006 г.
3. Лобачева Г.В., Харьков А.В., Аксенов А.В. и соавт. Анестезиология и реаниматология. 2005; 3: 35-38



4. Михельсон В.А., Сидоров В.А., Степаненко С.М. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии. Москва, 2007 г.
5. Интенсивная терапия в педиатрии. Под редакцией А.В. Михельсон. 2003 г.
6. педиатрическая анестезиология-реаниматология. В.И.Гордеев, Ю.С.Александрович. Санкт-Петербург, 2004 г.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Г.Т.Мергазиева, А.С.Алмагамбетов, С.Т.Хван, Д.Р.Сабилов, Ж.Х.Айтиалиева,
О.Ж.Сиплова

Областная детская больница, г.Атырау

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – аномалия, при которой в задне-боковом отделе диафрагмы, в области щели Богдалека, имеется дефект, через него во внутриутробном периоде органы брюшной полости перемещаются в грудную клетку. Частота порока варьирует от 1:5000 до 1:2200 новорожденных. Многоводие отмечается у 20% беременных, родивших детей с ВДГ. Среди мертворожденных плодов встречается в 50 % случаев с ВДГ. В 80% случаев ВДГ располагается слева, в 20% - справа. Двусторонняя ВДГ встречается редко, размеры дефекта варьируют от 2-3 см до очень больших, занимающих почти весь купол диафрагмы. Вокруг дефекта обычно имеется мышечный ободок, причем дефект с заднемедиальной стороны нередко покрыт брюшиной. У 20% пациентов имеется плеврореперитонеальный мешок.

Широкое применение УЗИ в акушерстве способствовало антенатальной диагностике ВДГ, которая выявляется при визуализации органов брюшной полости в грудной клетке. Три легко определяемых факторов – многоводие, смещение средостения, отсутствие в животе желудка - должны быть поводом для тщательного исследования органов, находящихся в грудной клетке. Наличие многоводия ухудшает прогноз.

В наиболее тяжелых случаях респираторный дистресс (цианоз, тахипноэ, западение грудины) отмечается с момента рождения. У других новорожденных эти симптомы развиваются через несколько минут или часов после рождения, а в 10-20% случаев - позже первых часов жизни. При осмотре обращают на себя внимание запавший живот, расширение грудной клетки (в передне-заднем направлении) и смещение средостения. На пораженной стороне не проводится дыхание. Уже при первичном осмотре и физикальном исследовании или в последующем могут быть выявлены сочетанные аномалии.

Диагноз ВДГ после рождения ставится на основании данных обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости – в грудной клетке видны заполненные газом кишечные петли и малое их количество (или почти полное отсутствие) в брюшной полости. Купол диафрагмы не определяется, средостение смещено в противоположную сторону. На стороне поражения может проследиваться не-

большой участок ткани легкого.

Клинический пример. Пациент М.Б. поступил в реанимационное отделение в возрасте 15 дней с синдромом асфиктического ущемления. Жалобы со слов матери на одышку, цианоз кожных покровов, многократную рвоту «зеленью» после каждого кормления, беспокойство, учащенное дыхание, похолодание конечностей.

Из анамнеза: ребенок от I беременности и родов, родился в 37-38 недель с весом 3050,0 грамм. Во время беременности 3-кратно проведено УЗИ в 8, 16, 32 недель, патологии плода не обнаружено. К груди приложен через 2 часа. В роддоме после каждого кормления отмечалась рвота «зеленью», гипертермия. Получал церукал, эссенциале, витамины.

На 11-й день после рождения с весом 2740гр выписан домой. На 13-й день жизни у ребенка отмечался резкий цианоз носогубного треугольника, сильное беспокойство, которое усиливалось в динамике. При поступлении в стационар состояние ребенка крайне тяжелое за счет острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Кожные покровы цианотичные, местами сине-багрового цвета, тургор снижен, конечности холодные. Ребенок обезвоженный. На грудной клетке геморрагическая сыпь. Аускультативно справа дыхание резко ослабленное, слева не проводится. Тоны сердца выслушиваются справа, приглушены, аритмичные. Отмечается рвота каловыми массами и желчью. Расширение грудной клетки в передне-заднем направлении, живот запавший.

На рентгенограмме грудной клетки видны заполненные газом кишечные петли, смещение средостения вправо, в брюшной полости явления «немного живота». Больной интубирован, подключен к аппарату ИВЛ «Savina», положение ребенка с приподнятым головным концом. Подключичная катетеризация сделана слева, так как при попытке поставить катетер справа проводник был вытолкнут. Проведена инфузионная терапия. Через 6 часов состояние ребенка улучшилось, кожные покровы приобрели нормальную окраску, гемодинамика стабилизировалась. Ребенок взят на операцию, произведена лапаротомия поперечным разрезом в левом подреберье, низведение органов брюшной