

УДК 616-053.2

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

М. К. Исакова

Павлодарская областная детская больница, г. Павлодар

Применение инновационных технологий, современных аппаратов ИВЛ с пациент – триггерной вентиляцией у новорожденных обеспечило стабильное течение наркоза и послеоперационного периода, отразилось на результатах лечения, снизило летальность.

Нәрістелердегі қазіргі кездегі ЭЖЖ (Өкпені Жасанды Желдету) аппараттар науқастың-триггерлі желдетумен инновациялық технологияларды қолдануы - жансыздандыру ағымын және операциядан кейінгі уақытты тұрақтандыруын қамтамасыз етіп, емнің нәтижесіне және өлімділіктің төмендеуіне әсер етті.

Application of innovative technologies of modern ALV (artificial lung ventilation) devices with patient-trigger ventilation to newborns has provided stable current of narcosis and postsurgical period, reflected in the treatment results and has lowered lethality.

Ключевые слова: интенсивная терапия, анестезиологическое пособие, новорожденные.

Адекватная искусственная вентиляция легких является одной из важнейших проблем в современной анестезиологии у 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. /1,2/. При этом данные осложнения чаще всего и являлись причиной летальных исходов. Отягощающими факторами являются незрелость всех органов и систем, термоллабильность организма, а также сопутствующие заболевания (ВПС, неврологические поражения, недоношенность и т.д.). /2,3/

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 ОРИТ в настоящее время позволяет достигать хороших результатов и использовать современные методики с применением современной дыхательной аппаратуры. Например, наркозодыхательный аппарат Primus фирмы Drager для проведения анестезии, как новорожденным, так и взрослым с самостоятельным дыханием или самостоятельным дыханием с поддержкой давлением, с проведением автоматической и ручной вентиляции легких с использованием ингаляционного наркоза. С приобретением аппарата Primus появилась возможность использования современной технологии анестезиологического пособия minimal end low minimal flow анестезия, с минимальным расходом анестетика и тем самым снизить себестоимость ингаляционной анестезии.

Новорожденная А. поступила в ОРИТ ОДБ в первые сутки рождения с диагнозом МВГР. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. Уретерогидронефроз справа. Косолапость справа. После родов появилось пенистое отделяемое изо рта, обнаружена атрезия пищевода. Ребенок интубирован эндотрахеальной трубкой №3. Срок гестации 38 недель. Вес 2243г. СДР.

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

После предварительной предоперационной подготовки в течении 12 часов (инфузионная терапия, сана-

ция трахеобронхиального дерева, отсасывание слизи и мокроты из рото- и носоглотки, антибактериальная, гемостатическая терапия) произведена операция.

Анестезиологическое пособие: Низкопоточная ингаляционная анестезия севофлюраном аппаратом Primus в режиме с контролем по объёму. Индукция в наркоз 1- 4 об % севофлюраном. МАК (минимальная альвеолярная концентрация) 0,6%. /1,2/ Основной наркоз: севофлюран+фентанил израсчета 5 мкг/кг. Во время операции инотропная поддержка дофамином в дозе 5 мкг/кг/мин. Медикаментозная поддержка гемостатики: викасол, дицинон. В/в инфузия глюкоза 5%, СЗП, физ.раствор. В ходе операции проводился мониторинг газового состава крови, кислотно-основного состояния.

В послеоперационном периоде в ОРИТ проводилось ИВЛ аппаратом Галилео в режиме P-SMV с параметрами вентиляции P insp-16см в.ст., PEEP-2см в.ст., FiO-50%, ЧДД-44 в мин. На 5 сутки ребенок переведен на режим CPAP, после введения лечебной дозы сурфактанта. /6,3/

Мы используем в практике «Куросурф» 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, адекватную антибактериальную терапию - антибиотиком резерва тиенам из расчета 45 мг/кг/сут. /1,4/

Рентгенологически - после перорального введения водорастворимого контраста пищевод свободно проходит. Затеков, карманов, выхода контраста за контуры нет. Начато дозированное кормление.

Литература:

1. Александрович, Ю. С. Интенсивная терапия дыхательной недостаточности у новорожденных / Ю. С. Александрович, К. В. Пшениснов. - Санкт-Петербург : 2010. - 416 с.
2. Сатишур, О. Е. Механическая вентиляция легких / О. Е. Сатишур. Москва, 2006. - 375с.
3. Лобачева, Г. В. Анестезиология и реаниматология / Г. В. Лобачева, А. В. Харьков, А. В. Аксенов и соавт // Анестезиология и реаниматология. - 2005. - № 3. - С. 35-38.
4. Михельсон, В. А. Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии. / В. А. Михельсон, В. А. Сидоров, С. М. Степаненко. - Москва, 2007. - 205с.
5. Михельсон, В. А. Интенсивная терапия в педиатрии / В. А. Михельсон. - М. : Наука, 2003. - 165с.
6. Гордеев, В. И. Педиатрическая анестезиология-реаниматология / В. И. Гордеев, Ю. С. Александрович. - Санкт-Петербург, - 2004 - 196с.