

ВЕДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С СИНДРОМОМ МЕКОНИАЛЬНОЙ АСПИРАЦИИ.

Мекониальное окрашивание амниотической жидкости встречается в 11-22% всех родов, из них синдром мекониальной аспирации имеет место примерно в 2% случаев. Появление мекония в амниотических водах обычно является следствием внутриутробной гипоксии и/или угнетенного состояния плода. Если меконий отошел более, чем за 4 часа перед родами, кожа новорожденного будет окрашена. При дыхательной недостаточности плод делает рефлекторные дыхательные движения и

аспирирует содержащие меконий воды. После первого вдоха ребенка мекониальные воды попадают в более глубокие отделы бронхиального дерева и, таким образом, приводят к механической закупорке альвеол и мелких бронхов с явлениями обструкции клапанного типа. В положении ягодичами вперед младенец проходит через меконий еще до родов даже при отсутствии угнетенности плода.

I. Лечение в родильном зале.

А. Небольшое количество мекония:

1. Следует провести санацию рото- и носоглотки ребенка до рождения плечиков.

2. В случае появления новорожденного в удовлетворительном состоянии осмотр гортани и интубация необязательны.

3. В случае угнетения ЦНС ребенка, мероприятия следует начать с интубации трахеи и санации трахеобронхиального дерева (ТБД, (отсасывания), затем приступить к реанимационным мероприятиям.

Б. Густой меконий:

1. Санация рото- и носоглотки до рождения плечиков акушером.

2. Вслед за санацией акушером, педиатр немедленно повторяет отсасывание из рото- и носоглотки, производит интубацию трахеи и отсасывание мекония из трахеи. При отсутствии мекония на уровне голосовой щели у клинически благополучного, громко кричащего новорожденного, интубация трахеи может не потребоваться.

3. Осмотрите голосовые связки при прямой ларингоскопии и удалите как можно больше мекония из подсвязочного пространства. Не отсасывайте из трубки ртом. Используйте адаптер, подсоединяющий эндотрахеальную трубку непосредственно к настенному отсасывателю, при давлении разрежения 40-60 TORR. Повторяйте отсасывание так часто, как это необходимо для очистки нижних дыхательных путей, даже если ребенок активен.

4. Вслед за отсасыванием проводится ИВЛ.

5. Ребенок должен быть сухим и теплым для предотвращения гипотермии и шунтирования. Следует проводить постоянный мониторинг частоты дыхания и сердцебиений.

6. После первичной стабилизации состояния (в течение не менее 5ти минут) следует эвакуировать меконий из желудка.

7. Исходя из анамнеза (в/у гипоксия, угнетение ребенка и пр.) следует провести интубацию, даже если на связках и не будет обнаружен меконий.

II. Лечение в палате интенсивной терапии:

А. За ребенком необходимо тщательно наблюдать, чтобы сразу же заметить симптомы дыхательной недостаточности: цианоз, тахипноэ, втяжения уступчивых мест грудной клетки.

Б. Следует сделать повторный анализ артериальных газов крови и рН, для исключения наличия метаболического или респираторного ацидоза.

В. Сделайте рентгенографию грудной клетки для исключения синдрома

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум, пневмоперикард) вследствие воздушной ловушки при бронхообструкции.

Г. Если у младенца с мекониальной аспирацией развился респираторный дистресс, новорожденного надо поместить в кислородную палатку с поддержанием O₂ сатурации выше или равной 99% для предотвращения эпизодов гипоксии и шунтирования.

Д. Постуральный дренаж проводится по клиническим показаниям.

Е. Имейте в виду необходимость возможной интубации и повторного отсасывания из трахеи, так как нередко меконий можно удалить из дыхательных путей даже после начала ребенком самостоятельного дыхания.

Ж. Если у младенца сохраняется стойкий респираторный дистресс через полчаса после рождения, после взятия на посев крови, аспирата из трахеи и ликвора, показано назначение антибиотиков. Несмотря на то, что мочу надо обследовать на Стрептококк группы В, назначение антибиотиков не следует откладывать.

Следите за возможным развитием легочной гипертензии с право-левым шунтированием. (см. следующий раздел)

Литература:

Holtzman R.B., et al. Perinatal management of meconium staining of the amniotic fluid. Clin Perinatol, 1989; 16:825-838.