

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

III. С использованием при калибровке корреляционного фактора показания $TcPCO_2$ монитора тесно приближаются к значению $PaCO_2$. У некоторых младенцев, однако, может быть существенная разница между этими значениями. Поэтому необходимо провести 3-4х кратную проверку корреляции показаний $TcPCO_2$ и $PaCO_2$.

IV. Время отставания показаний $TcPCO_2$ анализатора составляет 90 сек; то есть анализатор показывает значение, которое на самом деле было 90 секунд назад.

V. Сестра фиксирует значения $TcPCO_2$ и температуру электрода в листе наблюдений по крайней мере ежечасно и при получении анализа артериальных газов крови.

ТОКСИЧНОСТЬ КИСЛОРОДА И РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

В периоде новорожденности ребенок может потребовать повышенных концентраций кислорода для поддержания нормального напряжения кислорода артериальной крови. Имеется взаимосвязь повышенного напряжения кислорода в артериях сетчатки и ретинопатии недоношенных. Подверженность ретинопатии возрастает у недоношенных. FiO_2 0,4 и ниже может привести к опасному подъему напряжения кислорода в сосудах сетчатки у многих младенцев. Поэтому, если состояние ребенка требует обогащения дыхательной смеси кислородом, обязательно регулярное проведение исследования газов и pH артериальной крови.

I. Нормальное значение PaO_2 плода 30 мм рт ст, тогда как у здорового новорожденного при дыхании комнатным воздухом PaO_2 составляет 60-100 мм рт ст.

II. PaO_2 недоношенного при дыхании обогащенным кислородом воздухом не должно превышать 80 мм рт ст и должно поддерживаться на уровне 50-70 мм рт.ст. Напряжение кислорода артериальной крови 40-50 мм рт. ст. может рассматриваться как адекватное, если сердечный выброс и периферическое кровообращение не страдают. Для обеспечения нормальной оксигенации доношенный ребенок требует PaO_2 55-70 мм рт.ст.

III. Ребенку необходимо исследовать газы крови и pH в зависимости от его состояния. При быстром изменении состояния младенца измерения следует проводить особенно часто.

IV. При помещении ребенка в обогащенную кислородом среду, следует не реже 1 раза в час проводить измерение FiO_2 .

V. Воздушно-кислородная смесь, подаваемая младенцу через эндотрахеальную трубку, назальные канюли, колпак или в инкубатор должна быть подогрета и увлажнена.

VI. При улучшении состояния ребенка с дистресс синдромом следует снижать FiO_2 постепенно, не более, чем на 0,10 с интервалом не менее 15-20 мин или под контролем постоянной пульсоксиметрии, FiO_2 может снижаться быстрее, если сатурация O_2 остается в приемлемых границах. Ребенок с хроническим заболеванием легких, особенно если он требовал оксигенотерапии более 5-6 дней, требует более медленного снижения концентрации кислорода по 0,02-0,05.

VII. Следует оберегать новорожденных от прямого действия яркого света.